منظمة الصحة العالمية

التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2001

الصحة النفسية:
مفهوم جديد ، وآمال جديدة



منظـمة الصــحة العــالمية

التقـريـر
الخـاص بالصحـة
فـي العـالـم ،
2001

الصحة النفسية :

مفهوم جديد ، وآمال جديدة

التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2001: مفهوم جديد وآمال جديدة.

1- الصحة النفسية 2- الاضطرابات النفسية 3- خدمات الصحة النفسية المجتمعية
4- تكلفة المرض 5- التكهنات 6- اتجاهات الصحة العالمية
العنوان: الصحة النفسية مفهوم جديد وآمال جديدة

ISBN 92 4 156201 3 (NLM Classification: WA 540.1)
ISSN 1020-3311

يمكن الحصول على المعلومات المتعلقة بهذا المطبوع على العنوان التالي:

World Health Report
World Health Organization
1211 Geneva 27, Switzerland
Fax: (41-22) 791 4870
Email: whr@who.int

ويمكن طلب نسخ من هذا المطبوع على العنوان الإلكتروني التالي: bookorders@who.int

ترد أدناه أسماء المسؤولين الرئيسيين عن وضع هذا التقرير، رانغاسوامي سرينيفاسا مورتي (رئيس التحرير)، خوسيه مانويل برتولوت، جوان ايبنغ - جوردان، ميشيل فونك، طومسون برنتيس، بينيديتو سارلسينو، شيخار ساكسينا. وقد وضع هذا التقرير بناء على إرشادات لجنة توجيهية تتألف من: سوزان هولك، وكريستوفر مرّي (رئيسا) ورانغاسوامي سرينيفاسا مورتي، وطومسون برنتيس، وبينيديتو سارلسينو، وديريك ياك.

ويود الفريق القائم على هذا التقرير أن يعرب عن شكره لكل من غافين آندروز وسارا أساماغان وميرون بلفير وتوم بورنمان ومينا كابرال دي ميللو وسومناث شاترجي ودانييل تشيزولم وآلكس كوهين وليون آيزنبرغ ودافيد غولدبرغ وستيف هايمان وآرثر كلاينمان وآلان لوبيز ودوريس ما فات وكولين ماثيرز وماريستيلا مونتيرو وفيليب ماسغروف ونورمان سارتوريوس وشيترا سوبرامانيام ونارن ويغ وديريك ياك.

وقد قام فريق استشاري داخلي ومجموعة مرجعية إقليمية ترد أسماء أعضائها في كلمة الشكر والتقدير الواردة في نهاية التقرير، بتقديم مساهمة قيّمة في هذا الصدد. وتعرب أسرة التحرير عن تقديرها للمديرين الإقليميين والمديرين التنفيذيين بالمقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية وكبار المستشارين السياسيين للمديرة العامة على ما قدموه من مشورة قيّمة ومساعدة.

وقد تولت تحرير التقرير السيدتان أنجيلا هايدن وباربارا كامبانيني. وقام السيد ميشيل بويزنبرغ بتنسيق الأعمال الخاصة بالجداول والأشكال. وتولت السيدة شيلا بروست، بمساعدة السيدة بيرل هارلي، بتنسيق أعمال الترجمة وسائر أعمال الدعم الإداري المقدم للفريق المعني بالتقرير الخاص بالصحة في العالم.

صورة الغلاف: شعار يوم الصحة العالمي لعام 2001
من تصميم مارك بيزيه.

المحتويات

الجــداول

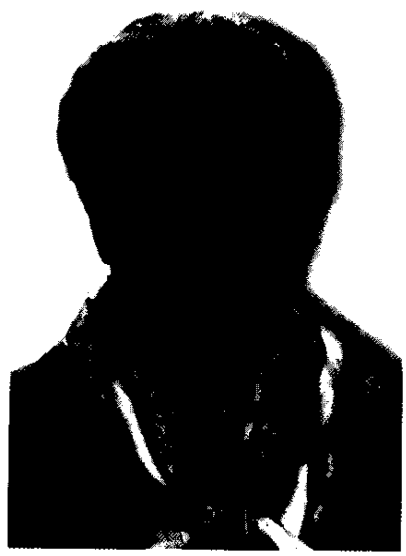
الأشــكال

الإطارات

رسالة من المديرة العامة

المرض النفسي ليس فشلاً شخصياً ولا يقتصر حدوثه على الناس الآخرين فقط، ونحن جميعاً نتذكر أننا كنا، ومنذ فترة قريبة جداً نتجنب الحديث عن السرطان بصراحة، لأننا كنا نعده ضمن الأسرار العائلية، أما اليوم فقد يتجنب الكثير منا الحديث عن الإيدز (متلازمة العوز المناعي المكتسب)، إلا أن مثل هذه الحواجز تتضاءل وتتلاشى بالتدريج.

يحمل يوم الصحة العالمي لهذا العام 2001 شعار "لن نغفل الصحة النفسية ولن نخذل مرضاها" وفيه رسالة واضحة بأنه ليس هناك ما يبرر إقصاء من يعاني من أمراض نفسية أو اضطرابات دماغية عن مجتمعاتنا، فهناك متسع للجميع، إلا أن الكثير منا يتجنب أو يتعمد تجاهل هؤلاء الأفراد، كما لو كنا لا نعبأ بهم ولا نرعاهم. أما شعار هذا التقرير فهو "مفهوم جديد، وآمال جديدة" وهو يوضح بجلاء كيف يمكن لكل من العلم والمشاعر الإنسانية أن يحطموا الحواجز الحقيقية والوهمية التي تحول بيننا وبين تقديم الرعاية والمعالجة للمرضى النفسيين؛ فهناك فهم جديد يقدم أملاً حقيقياً لهم هو الفهم لكيفية تضافر العوامل الوراثية والبيولوجية والاجتماعية والبيئية على إحداث المرض النفسي والعقلي، والفهم لعدم إمكانية الفصل بين الصحة البدنية والصحة النفسية وكيفية تأثير كل منهما على الأخرى، ومدى تعقيد هذا التأثير وعمقه. ولعل هذا الفهم هو البداية، فأنا أعتقد أن الكلام عن الصحة بدون التعرض للصحة النفسية سيكون بمثابة محاولة العزف على أوتار مقطوعة.



دكتورة غرو هارلم برونتلاند

لقد أعلنت منظمة الصحة العالمية وببساطة أن الصحة النفسية التي أُهمِلَت منذ زمن طويل من المعوقات الأساسية لمعافاة الأفراد والمجتمعات والبلدان، ولابد من النظر إليها من زوايا جديدة.

وقد تضافرت الجمعية العامة للأمم المتحدة مع إعلان منظمة الصحة العالمية أن هذا العام يصادف الذكرى السنوية العاشرة لحقوق المرضى النفسيين لإحاطتهم بالحماية وبالرعاية. وأعتقد أن التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2001 سيزيد من التأكيد على مبادئ الأمم المتحدة التي وضعت قبل عقد مضى؛ ومن أول هذه المبادئ عدم التمييز بسبب الأمراض النفسية، والمبدأ الثاني هو وجوب معالجة أي مريض وتقديم الرعاية له ضمن مجتمعه الذي يعيش فيه كلما أمكن ذلك، أما المبدأ الثالث فينص على أن لكل مريض الحق في الحصول على المعالجة في أقل قدر ممكن من فرض القيود على حياته الشخصية ومن التدخل فيها.

وقد سارت البلدان قدماً خلال هذا العام في التركيز على مختلف جوانب الصحة النفسية الطبية والاجتماعية والسياسية، وقدمت المنظمة خلال هذا العام أيضاً الدعم للقيام بحملة حول التدبير العلاجي للاكتئاب وللوقاية من الانتحار وتدبير انفصام الشخصية والصرع. كما ناقشت جمعية الصحة العالمية عام 2001 الصحة النفسية من جميع أبعادها، وهذا يعني بالنسبة لنا في المنظمة وبالنسبة لمجتمع المهن الصحية الأرحب التركيز المتزايد والمستمر واعتبار ذلك فرصة ينبغي استثمارها وتحدياً ينبغي مواجهته.

ولا يزال الطريق أمامنا طويلاً، فنحن لا نعرف عدد من لا يحصلون على المساعدة التي يحتاجونها، وما هو القدر المتوافر من المساعدة، وما هو القدر الذي يمكن الحصول عليه بتكلفة

ميسورة. إلا أن التقديرات الأولية تشير إلى أن هناك ما يقرب من 450 مليون شخص اليوم يعانون من اضطراب نفسي أو عصبي أو من مشاكل اجتماعية نفسية مثل الاضطرابات المتعلقة بالكحول وبإدمان المخدرات، ويعاني معظم هؤلاء الناس بصمت، وبوحدة، وما يتبع ذلك من الوصمة بالعار والخجل والإقصاء، وحتى مما نتحاشى الحديث عنه، من الموت.

ويُعَدُّ الاكتئاب الشديد السبب الأكثر أهمية الآن للعجز على مستوى العالم، ويحتل المرتبة الرابعة من بين الأسباب العشرة الأولى التي تسبب العبء العالمي للأمراض، وإذا صحت التوقعات، فإن الاكتئاب سيصبح السبب الثاني للعبء العالمي للأمراض خلال السنوات العشرين القادمة. ففي العالم يعاني 70 مليوناً من إدمان الكحول وحوالي 50 مليوناً من الصرع و 24 مليوناً من الفصام، ويقدم على الانتحار مليون شخص كل عام، فيما يحاول الانتحار ما بين عشرة وعشرين مليوناً.

ومن النادر أن تجد عائلة تخلو من فرد فيها يعاني من اضطرابات نفسية؛ إذ يعاني فرد من كل أربعة أفراد من اضطراب نفسي في مرحلة ما من مراحل حياته، كما يزداد احتمال خطر الإصابة ببعض الأمراض مثل داء آلزهايمر مع تقدم العمر، وكل ذلك يقودنا إلى نتيجة واضحة هي تشيخ السكان وما يرافقه من عبء اجتماعي واقتصادي ضخم للأمراض النفسية.

نحن نعرف اليوم أن معظم الأمراض النفسية والجسمية تتأثر بمجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية؛ وتتسارع وتيرة فهمنا للعلاقة بين الصحة البدنية والصحة النفسية، ونحن نعرف أيضاً أن الاضطرابات النفسية هي حصيلة العديد من العوامل وأن لها أساساً في الدماغ، وأنها قد تصيب أي شخص في أي مكان من العالم، كما نعرف أنه من الممكن أن تعالج معالجة فعالة.

يعالج هذا التقرير اضطرابات الاكتئاب والفصام والتأخر العقلي واضطرابات الأطفال والمراهقين وإدمان الكحول والمخدرات وداء آلزهايمر والصرع، فكل هذه الاضطرابات شائعة وتسبب الإعاقة الشديدة. ورغم أن الصرع ليس من الاضطرابات النفسية إلا أننا أدرجناه في التقرير لأن المصابين به يواجهون الوصمة بالعار والتجاهل والخوف شأنهم في ذلك شأن المصابين بالأمراض النفسية.

يعد هذا التقرير استعراضاً شاملاً لما نعرفه عن عبء هذه الاضطرابات في الوقت الحاضر وفي المستقبل، وعن أسبابها الأساسية وعن مدى فعالية الوقاية ومدى توافر المعالجة والعوائق التي تحول دون الوصول إليها، ونتعرض بشئ من التفصيل لتقديم الخدمات والتخطيط لها، كما يرسم التقرير السياسات التي نحتاج إليها لضمان التخلص من الوصمة الاجتماعية والتمييز لضمان أن الوقاية والمعالجة تتم بشكل فاعل ويُقدَّم لها التمويل اللازم.

وهكذا فإننا نسلك جميع السبل للوصول إلى هدفنا، فلدينا الوسائل ولدينا المعارف العلمية لمساعدة المصابين بالاضطرابات النفسية، والحكومات تقاعست عن أداء دورها في ذلك كما فعلت المجتمعات المعنية بالصحة العامة. فنحن جميعاً مسئولون عن الوضع الحالي للاضطرابات النفسية، شئنا ذلك أم تحاشيناه. فمنظمة الصحة العالمية باعتبارها الوكالة التي تقود جهود الصحة العامة ليس لديها سوى خيار واحد، وهو ضمان أن جيلنا هو آخر الأجيال التي سمحت بالوصمة وبالخجل من الاضطرابات النفسية. وبتجاوز الحقائق والمنطق العلمي.

Gro H. Brundtland

الدكتورة غرو هارلم برونتلاند

المديرة العامة

جنيف

تشرين الأول/ أكتوبر 2001

نبـــذة عـــامـــة

الهـــدف من إعداد هذا الكتاب الهام لمنظمة الصحة العالمية هو إذكاء وعي الجمهور والأطباء بالعبء الحقيقي الذي تشكله الاضطرابات النفسية وما تسببه من تكاليف تتعلق بالجوانب البشرية والاجتماعية والاقتصادية. ويستهدف هذا الكتاب في الوقت ذاته المساعدة على إزالة كثير من العقبات – ولاسيما الوصم والتمييز وعدم كفاية الخدمات – التي تحول دون حصول ملايين عديدة من الناس في جميع أنحاء العالم على ما يحتاجون إليه ويوفر *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2001*، في عدة جوانب، فهماً جديداً للاضطرابات النفسية يبعث آمالاً جديدة في أرواح المرضى النفسيين وأسرهم في البلدان والمجتمعات كافة. ويعد هذا التقرير استعراضاً وافياً لما هو معروف عن العبء الناجم عن هذه الاضطرابات في الحاضر والمستقبل، والعوامل الأساسية التي تسهم في ذلك. كما يبحث أبعاد الوقاية ومدى توافر العلاج والعقبات التي تحول دون الحصول عليه، ويتناول باستفاضة مسألة تقديم الخدمات والتخطيط لها، ويخلص إلى مجموعة توصيات بعيدة الأثر يمكن لكل بلد من البلدان تكييفها طبقاً لاحتياجاته وموارده.

وترد أدناه التوصيات العشر المتعلقة بالتدابير التي يتعين اتخاذها :

1 ـــ تقديم المعالجة على مستوى الرعاية الأولية

يمثل تدبير الاضطرابات النفسية وعلاجها على مستوى الرعاية الأولية خطوة أساسية تتيح لأكبر عدد ممكن من الناس الحصول على الخدمات على نحو أيسر وأسرع، والحقيقة أن العديد منهم يلتمس المساعدة على هذا المستوى بالفعل. وهذا لا يتيح الحصول على رعاية أفضل فحسب، وإنما يساعد أيضاً على تفادي الإهدار الناتج عن إجراء فحوص غير ضرورية وتقديم علاج غير مناسب وغير نوعي. بيد أنه، لا بد من تدريب العاملين في مجال الصحة العامة على المهارات الأساسية لرعاية الصحة النفسية. ويكفل هذا التدريب أفضل استفادة من المعارف المتاحة لخدمة أكبر عدد ممكن من الناس، كما أنه يتيح التطبيق المباشر للتدخلات. ولذا ينبغي إدراج الصحة النفسية في مناهج التدريب، مع دورات تنشيطية لتحسين فعالية التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية في إطار خدمات الصحة العامة.

2 ـــ توفير الأدوية النفسية التأثير

ينبغي تقديم الأدوية النفسية التأثير وإتاحتها باستمرار على جميع مستويات الرعاية الصحية. وينبغي إدراج هذه الأدوية في قائمة الأدوية الأساسية لكل بلد من البلدان، كما ينبغي، كلما أمكن، توفير أفضل الأدوية لمعالجة الحالات. وفي بعض البلدان قد يقتضي ذلك إجراء تغييرات تشريعية مواتية. ويمكن لهذه الأدوية أن تخفف الأعراض وتقلل العجز

وتقصر مدة العديد من الاضطرابات وتحول دون الانتكاس. وهي تتيح، في غالبية الأحيان، معالجة الخط الأول، ولاسيما في الحالات التي لا تتاح فيها التدخلات النفسية – الاجتماعية ولا يتوافر المهنيون الذين يتمتعون بمهارات جيدة.

3 — تقديم خدمات الرعاية ضمن المجتمع

للرعاية ضمن المجتمع تأثير أفضل من تأثير العلاج المقدم في المؤسسات الاستشفائية في النتائج التي تتحقق وفي جودة حياة المصابين باضطرابات نفسية مزمنة. كما أن تحويل المرضى من المصحات النفسية إلى الرعاية ضمن المجتمع من الإجراءات ذات المردود الاقتصادي المرتفع والتي تراعي حقوق الإنسان. ولهذا ينبغي تقديم خدمات الصحة النفسية داخل المجتمع، بالاستفادة من جميع الموارد المتاحة. ويمكن للخدمات المجتمعية المرتكز أن تؤدي الى التدخل المبكر والحد من الوصم الاجتماعي المرتبط بتلقي العلاج. وينبغي الاستعاضة عن المصحات النفسية الأشبه بالسجون بمرافق الرعاية المدعومة بأسرّة مخصصة للعلاج النفسي في المستشفيات العامة، وبالرعاية في المنازل مما يلبي جميع احتياجات المرضى الذين كانوا يعالجون في الماضي في تلك المستشفيات. ويستلزم هذا التحول نحو الرعاية داخل المجتمع توفير ما يلزم من عاملين صحيين وخدمات التأهيل على مستوى المجتمع، مع إتاحة الدعم أثناء الطوارئ وتوفير السكن وتأمين العمل.

4 — تثقيف الجمهور

ينبغي على كل البلدان القيام بحملات لتثقيف وتوعية الجمهور فيما يتعلق بالصحة النفسية. ويتمثل الهدف الرئيسي من ذلك في الحد من العقبات التي تحول دون الحصول على العلاج والرعاية عن طريق زيادة التوعية بتواتر حدوث الاضطرابات النفسية وبإمكانية علاجها وفرص الشفاء منها وبحقوق المرضى. وينبغي تعميم اختيارات فرص الرعاية المتاحة وفوائدها على نطاق واسع حتى يتصرف الناس والأطباء ووسائل الإعلام وواضعو السياسات والساسة وهم على دراية عميقة بما يجري. وقد جعلت بعض البلدان والمنظمات الوطنية والدولية هذا الأمر من أولوياتها بالفعل. وبمقدور حملات توعية وتثقيف الجمهور الجيدة التخطيط أن تحد من الوصم والتمييز، وتحث الناس على زيادة الانتفاع بخدمات الصحة النفسية، وتقرب الشقة بين رعاية الصحة النفسية ورعاية الصحة البدنية.

5 — إشراك المجتمعات والأسر والمستهلكين

ينبغي إدراج المجتمعات والأسر والمستهلكين في وضع السياسات وصنع القرارات المتعلقة بالسياسات والبرامج والخدمات. وينبغي أن يفضي ذلك إلى تحسين تصميم الخدمات لتلبية احتياجات الناس وإلى الاستفادة بصورة أفضل من تلك الخدمات. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تراعى في التدخلات الاعتبارات الخاصة بالسن ونوع الجنس والثقافة والظروف الاجتماعية السائدة بغية سد احتياجات المصابين باضطرابات نفسية واحتياجات أسرهم.

6 ــ وضع سياسات وبرامج وتشريعات وطنية

السياسات والبرامج والتشريعات الخاصة بالصحة النفسية خطوات ضرورية من أجل اتخاذ إجراءات فعالة ومستديمة. وينبغي أن تعتمد هذه السياسات والبرامج والتشريعات على المعارف الحالية والاعتبارات الخاصة بحقوق الإنسان. وتحتاج معظم البلدان إلى زيادة ميزانياتها التي ترصدها لبرامج الصحة النفسية والتي تكاد لا تذكر في الوقت الحاضر. وقد حققت بعض البلدان، التي قامت مؤخراً بتطوير أو تنقيح سياساتها وتشريعاتها، تقدماً في تنفيذ برامجها الخاصة برعاية الصحة النفسية. وينبغي أن تشكل الإصلاحات الخاصة بالصحة النفسية جزءاً من إصلاحات أوسع للنظام الصحي. وينبغي ألاّ تمارس مخططات التأمين الصحي التمييز ضد المصابين باضطرابات نفسية لكي تتيح الحصول بشكل أوسع على العلاج، والحد من الأعباء المالية الناجمة عن الرعاية.

7 ــ تنمية الموارد البشرية

يتعين على معظم البلدان النامية أن تكثف وتحسن تدريب أطباء الصحة النفسية الذين يقدمون خدمات الرعاية التخصصية، بالإضافة إلى دعم برامج الرعاية الصحية الأولية. وتفتقر معظم البلدان النامية إلى عدد كاف من هؤلاء المتخصصين لتقديم خدمات الصحة النفسية. وينبغي تشجيع هؤلاء الأطباء، بعد تدريبهم، على البقاء في بلدانهم في وظائف تتيح تحقيق أفضل استفادة من مهاراتهم. وتنمية الموارد البشرية هذه أمر ضروري بصفة خاصة للبلدان التي لا تزال تعوزها الموارد. وعلى الرغم من أن الرعاية الأولية تشكل أكثر أطر الرعاية الأساسية فائدة، فإن هناك حاجة إلى الأخصائيين من أجل تقديم مجموعة أكبر من الخدمات. وينبغي، في الأوضاع المثالية، أن تضم الفرق المتخصصة في رعاية الصحة النفسية متخصصين من الأطباء وغير الأطباء، مثل الأطباء النفسيين وعلماء النفس السريريين وممرضات الطب النفسي والأخصائيين الاجتماعيين النفسيين وأخصائيي العلاج المهني، الذين يمكنهم العمل معاً من أجل رعاية المرضى على النحو الكامل وإدماجهم في المجتمع.

8 ــ إقامة علاقات مع سائر القطاعات

ينبغي إشراك قطاعات أخرى غير قطاع الصحة، مثل قطاعات التعليم والعمل والترفيه والعدالة، وإشراك المنظمات غير الحكومية في تحسين الصحة النفسية للمجتمعات . وينبغي أن تكون المنظمات غير الحكومية أكثر نشاطاً مع اضطلاعها بأدوار محددة بصورة أفضل، كما ينبغي تشجيعها على زيادة الدعم الذي تقدمه للمبادرات المحلية.

9 ــ رصد الصحة النفسية للمجتمع

ينبغي رصد الصحة النفسية للمجتمعات بإدراج مؤشرات قياس مستوى الصحة النفسية في نظم المعلومات والتبليغ الصحية. وينبغي أن تعطي تلك المؤشرات معلومات عن أعداد المصابين باضطرابات نفسية ونوعية رعايتهم، بالإضافة إلى معلومات عامة عن

الصحة النفسية للمجتمعات. وهذا الرصد يساعد على تحديد الاتجاهات السائدة وكشف التغيرات الحادثة في الصحة النفسية نتيجة أحداث خارجية مثل الكوارث. والرصد ضروري لتقييم مدى فعالية برامج الوقاية والعلاج، كما يقوّي مبررات تخصيص المزيد من الموارد. ويُعَدُّ وضع مؤشرات جديدة لقياس مستوى صحة المجتمعات أمراً ضرورياً في هذا الخصوص.

10 ــ دعم المزيد من البحوث

لا بد من إجراء المزيد من البحوث بشأن الجوانب البيولوجية والنفسية الاجتماعية للصحة النفسية لتعزيز فهم الاضطرابات النفسية واستحداث تدخلات أنجع. وينبغي إجراء تلك البحوث في إطار دولي واسع بغية فهم الفوارق بين المجتمعات وتكوين فكرة أوضح عن العوامل التي تؤثر في أسباب الاضطرابات النفسية وتطورها وما تؤول إليه. ويعد بناء القدرات البحثية في البلدان النامية ضرورة ملحة.

ثلاثة سيناريوهات للعمل

لتنفيذ هذه التوصيات بفعالية لا بد من اتخاذ إجراءات دولية، لأن بلداناً كثيرة تفتقر إلى الموارد اللازمة. وبإمكان الوكالات التقنية والإنمائية التابعة للأمم المتحدة، وجهات أخرى أيضاً، مساعدة البلدان على تطوير البنية الأساسية في مجال الصحة النفسية، وتدريب القوى العاملة، وبناء القدرات في مجال البحوث. وللمساعدة في إرشاد البلدان يورد التقرير في قسمه الختامي ثلاثة "سيناريوهات للعمل" وضعت مع مراعاة اختلاف مستوى الموارد الوطنية الخاصة بالصحة النفسية في جميع أنحاء العالم. فعلى سبيل المثال، ينطبق السيناريو "الأول" على البلدان الأفقر اقتصادياً التي تنعدم فيها هذه الموارد انعداماً تاماً أو التي تكون فيها هذه الموارد شحيحة جداً. وحتى في هذه الحالات يمكن تطبيق إجراءات معينة، مثل تدريب العاملين وإتاحة الأدوية الأساسية في جميع المرافق الصحية، وإخراج المرضى النفسيين من محابسهم. وفيما يتعلق بالبلدان التي تسجل فيها أدنى مستويات للموارد يقترح السيناريو "الثاني" ، ضمن إجراءات أخرى ، إغلاق المصحات النفسية الشبيهة بالسجون واتخاذ خطوات من أجل إدراج رعاية الصحة النفسية ضمن رعاية الصحة العامة. أما السيناريو "الثالث"، الخاص بالبلدان التي تمتلك قدراً أكبر من الموارد، فيقترح إجراء تحسينات في التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية في إطار الرعاية الصحية الأولية وتسهيل الحصول على أحدث الأدوية وحمل مرافق الرعاية المجتمعية على توفير تغطية بنسبة 100%.

وجميع التوصيات والإجراءات المذكورة آنفا مستمدة من المتن الرئيسي للتقرير نفسه.

المخطط العام للتقرير

يقترح ***الفصل الأول*** على القارئ فهماً جديداً للصحة النفسية ويشرح له الأسباب التي تجعلها على قدم المساواة في الأهمية مع الصحة البدنية لعافية الأفراد ورفاه الأسر والمجتمعات المحلية.

ذلك أن الصحة النفسية والبدنية مقومان حيويان من مقومات الحياة يرتبطان ببعضهما البعض ارتباطاً وثيقاً ويعتمد كل منهما على الآخر إلى حد بعيد. وتبين التطورات في علم الأعصاب والطب السلوكي أن الاضطرابات النفسية والسلوكية، مثلها مثل الاعتلالات البدنية، إنما هي نتيجة لتفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

ومع التطور السريع في علم الجزيئات، تتزايد قدرة الباحثين على امتلاك الوسائل الكفيلة بمشاهدة نشاط الدماغ البشري النابض بالحياة والمشاعر والأفكار وفهم الأسباب التي تؤدي به إلى أن يعمل أحياناً بأقل من طاقته. وسيتيح المزيد من التقدم تكويناً أتم لكيفية ارتباط الدماغ بالأداء النفسي والسلوكي المعقد. وستتيح الابتكارات في مجال تصوير الدماغ وفي سائر تقنيات الفحص "عرضاً تصويرياً آنياً" للجهاز العصبي وهو يعمل.

وفي الوقت نفسه أثبتت الأدلة العلمية المستمدة من مجال الطب السلوكي وجود صلة وثيقة بين الصحة النفسية والصحة البدنية، إذ ثبت، على سبيل المثال، أن الاكتئاب قد يمثل تكهناً يسبق الإصابة بأمراض القلب. وتبين البحوث أن هناك مسارين رئيسيين تؤثر الصحة النفسية والصحة البدنية، من خلالهما، في بعضهما البعض.

وتشكل الأجهزة الفيزيولوجية، مثل الغدد الصم العصبية ووظائف المناعة، أحد هذين المسارين. إذ تتسبب الأمزجة القلقة والاكتئابية، على سبيل المثال، في سلسلة متعاقبة من التغيرات الضارة في الغدد الصم ووظائف المناعة، وتؤدي إلى القابلية للإصابة بمجموعة من الاعتلالات البدنية.

ويشكل السلوك الصحي مساراً آخر، يتعلق بأنشطة مثل النظام الغذائي، وممارسة الرياضة، والممارسات الجنسية، والتدخين، والالتزام بالعلاج الطبي. ويعتمد السلوك الصحي للفرد اعتماداً كبيراً على صحته النفسية. فعلى سبيل المثال، تظهر القرائن الحديثة أن الشباب المصابين باضطرابات نفسية، مثل الاكتئاب وإدمان المخدرات، يميلون أكثر من غيرهم إلى التدخين وركوب المخاطر في سلوكياتهم الجنسية.

وترتبط العوامل النفسية الفردية أيضاً بحدوث الاضطرابات النفسية. وتكتسي العلاقة بين الأطفال والوالدين أو سائر مقدمي خدمات الرعاية أثناء مرحلة الطفولة أهمية بالغة. وبصرف النظر عن السبب المحدد فإن الأطفال عندما يحرمون من النشوء في كنف العطف والمحبة فإن احتمالات إصابتهم باضطرابات نفسية وسلوكية تزداد سواء في مرحلة الطفولة أو في مرحلة لاحقة من عمرهم. وتتسم العوامل الاجتماعية، مثل التوسع الحضري الذي لا يخضع للضوابط، والفقر والتغير التكنولوجي السريع، بأهمية بالغة. والعلاقة بين الصحة النفسية والفقر علاقة ذات أهمية خاصة: فالفقراء والمحرومون معرضون أكثر من غيرهم لانتشار الاضطرابات، بما في ذلك الإدمان. والفجوة واسعة فيما يتعلق بعلاج معظم الاضطرابات النفسية، ولكنها فجوة هائلة حقاً عندما يتعلق الأمر بالمجموعات السكانية الفقيرة.

ويبدأ ***الفصل الثاني*** بإيضاح الفجوة القائمة في التغطية بالخدمات العلاجية باعتبارها إحدى أهم القضايا في مجال الصحة النفسية اليوم. وفي هذا يعطي، أولاً، مؤشرات عن حجم وعبء الاضطرابات النفسية والسلوكية. ويبين أنها اضطرابات شائعة تصيب 20–25% من الناس كافة في بعض مراحل حياتهم. كما أنها اضطرابات ذات طابع عام، إذ تؤثر في كل البلدان والمجتمعات والأفراد من جميع الفئات العمرية. وللاضطرابات أثر اقتصادي

غير أن هذا الفصل يحذر من إغلاق المصحات النفسية دون إيجاد بدائل مجتمعية، كما يحذر في المقابل من إيجاد بدائل مجتمعية دون إغلاق المصحات النفسية . فكلا الأمرين يجب أن يتم في وقت واحد بالتدريج وبطريقة جيدة التنسيق. وتتألف عملية إلغاء الطابع المؤسسي بصورة سليمة من ثلاثة عناصر أساسية:

- الحيلولة دون إدخال المرضى إلى المصحات النفسية دون داع، وذلك من خلال توفير المرافق المجتمعية؛
- دمج المرضى الذين يشكون من اضطرابات مزمنة في المجتمع بإخراجهم من المؤسسات الاستشفائية وذلك بالحرص على تهيئتهم لذلك بشكل جيد؛
- إقامة نظم تقدم الدعم المجتمعي للمرضى الذين لا يتلقون العلاج داخل مؤسسات استشفائية والحفاظ عليها.

ولا تحظى برامج رعاية الصحة النفسية بالأولوية في كثير من البلدان النامية. ويقتصر تقديم الخدمات على عدد قليل من المؤسسات المكتظة بالمرضى عادة والتي تفتقر إلى ما يكفيها من العاملين وتعوزها الكفاءة. وتعكس الخدمات فهماً محدوداً لاحتياجات المريض وكذلك لمختلف طرق العلاج والرعاية المتاحة . ولا يحصل غالبية السكان على أي خدمات في مجال الطب النفسي. والخدمات الوحيدة المتاحة هي التي تقدمها المستشفيات النفسية الكبرى التي يصعب الدخول إليها والتي تعمل بموجب تشريعات كثيراً ما تكون قمعية أكثر منها علاجية فتصبح أوساطاً مستقلة ومعزولة عن باقي المجتمع.

وعلى الرغم من الاختلافات الكبيرة بين رعاية الصحة النفسية في البلدان النامية والبلدان المتقدمة فإنها تعاني مشكلة مشتركة: فكثير من الناس الذين يمكنهم الاستفادة من خدمات العلاج النفسي المتاحة لا ينتفعون بها. وحتى في البلدان التي تقدم فيها هذه الخدمات منذ عهد بعيد فإنه لا يستفيد من هذه الخدمات سوى أقل من نصف من يحتاجون إلى الرعاية. وذلك خوفاً من الوصم الاجتماعي الناجم عن الإصابة باضطرابات نفسية وسلوكية، ونظراً أيضاً لعدم ملاءمة الخدمات المقدمة.

ويستعرض الفصل المبادئ الهامة التي تحكم رعاية الصحة النفسية. ومن هذه المبادئ، التشخيص، والتدخل المبكر، واستعمال تقنيات العلاج على نحو رشيد، واستمرارية الرعاية، ومجموعة كبيرة من الخدمات. وهناك مبادئ أخرى منها إشراك المستهلكين، وإقامة شراكة مع الأسر، وإشراك المجتمع المحلي، ودمج الرعاية النفسية في الرعاية الصحية الأولية. كما يصف الفصل العناصر الأساسية الثلاثة التي تتكون منها الرعاية وهي المداواة والعلاج النفسي والتأهيل النفسي الاجتماعي، والتي لا بد أن تكون متوازنة دائماً. ويناقش الفصل الوقاية والعلاج والتأهيل في مجال الاضطرابات التي يسلط التقرير الضوء عليها.

ويتناول ***الفصل الرابع*** سياسات الصحة النفسية، وتقديم الخدمات. ذلك أن حماية وتحسين الصحة النفسية للسكان من المهام المعقدة المتعلقة باتخاذ قرارات متعددة. وتتطلب هذه المهمة تحديد الأولويات المتعلقة باحتياجات الصحة النفسية وأمراضها وخدماتها وعلاجاتها، واستراتيجيات وقايتها وتعزيزها، والاختيارات التي تتم بخصوص تمويلها.

ويجب التنسيق جيداً بين خدمات واستراتيجيات الصحة النفسية وبين هذه الخدمات والاستراتيجيات والخدمات الأخرى، مثل الضمان الاجتماعي والتعليم والتدخلات الحكومية في مجالي التوظيف والإسكان. ويجب رصد الحصائل الخاصة بالصحة النفسية وتحليلها لكي يتسنى تعديل القرارات باستمرار من أجل مواجهة التحديات المستجدة.

ويجب على الحكومات، باعتبارها الجهات التي تتولى في نهاية المطاف أمر القوامة على أي نظام صحي، أن تتحمل المسؤولية عن تنفيذ هذه الأنشطة المعقدة. ووضع وتنفيذ السياسات هو من صميم القوامة مما يعني تحديد القضايا والغايات الرئيسية، وتعريف الأدوار المنوطة بكل من القطاعين العام والخاص في تمويل الخدمات وتقديمها، ووضع الاستراتيجيات وأشكال التنظيم اللازمة في القطاع العام وربما في القطاع الخاص بغية تحقيق غايات الصحة النفسية. وذلك يعني أيضاً تسريع العمل على بناء القدرات وتطوير المؤسسات، وتوفير الإرشادات اللازمة وتحديد أولويات الإنفاق، مما يربط تحليل المشاكل بالقرارات الخاصة بتخصيص الموارد.

ويبحث الفصل بالتفصيل هذه القضايا، بدءاً باختيار آليات تمويل تقديم خدمات الصحة النفسية مع ملاحظة أن خصائص تلك الآليات لا ينبغي أن تختلف عن خصائص الخدمات الصحية بوجه عام. وينبغي حماية الناس من تحمل مخاطر مالية كارثية، مما يعني التقليل إلى أدنى حد من المدفوعات المباشرة والأخذ بأساليب السداد المسبق، سواء كان ذلك من خلال فرض الضرائب العامة، أو برامج التأمين الاجتماعي الإلزامي أو برامج التأمين الخاص الطوعي. وينبغي للأصحاء أن يدعموا المرضى من خلال آليات السداد المسبق، كما أن وجود نظام تمويل جيد يعني أن يتولى الأغنياء دعم الفقراء إلى حد ما على أقل تقدير.

ويناقش الفصل بعد ذلك صياغة سياسات الصحة النفسية، التي يلاحظ أنها توضع غالباً بمعزل عن السياسات التي تحكم الكحول والأدوية. والحقيقة أنه يجب صياغة السياسة الخاصة بالصحة النفسية، والكحول والأدوية في سياق معقد للسياسات الحكومية الخاصة بالصحة، والمساعدة، والرعاية، والسياسات الاجتماعية العامة. ويتعين الاعتراف بالحقائق الاجتماعية والسياسية والاقتصادية على كل من المستوى المحلي والإقليمي والوطني.

ويجب الاستناد، لدى صياغة السياسات، إلى معلومات حديثة وموثوقة بخصوص المجتمع ومؤشرات الصحة النفسية والعلاجات الناجعة واستراتيجيات الوقاية والتعزيز، وكذلك إلى الموارد المكرسة للصحة النفسية. ولا غنى عن استعراض السياسات الموضوعة دورياً.

وينبغي أن تعطي السياسات أهمية كبرى للفئات المستضعفة ذات الاحتياجات المحددة في مجال الصحة النفسية، مثل الأطفال والمسنين والنساء اللاتي يتعرضن للاستغلال، واللاجئين والمشردين في البلدان التي تمزقها حروب أهلية أو نزاعات داخلية.

وينبغي أن تحرص السياسات أيضاً على الوقاية من الانتحار. وهذا يعني، على سبيل المثال، الحد من فرص الحصول على السموم والأسلحة النارية، والقضاء على سمية الغازات المستخدمة في البيوت وعادم السيارات. وهذه السياسات يجب ألا تضمن رعاية الأفراد المعرضين للخطر فحسب، مثل المصابين بالاكتئاب أو الفصام أو إدمان الكحول، بل أن تضمن أيضاً مكافحة الكحول والمخدرات غير المشروعة.

وفي كثير من البلدان تكرس الميزانية الخاصة بالصحة النفسية العمومية أساسا للإبقاء على الرعاية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية، مع إتاحة قليل من الموارد، إن وجدت، لتقديم خدمات أنجع داخل المجتمع. وفي معظم البلدان يتعين تقييم خدمات الصحة النفسية وإعادة تقييمها وإصلاحها من أجل تقديم أفضل ما هو متاح من علاج ورعاية. ويناقش الفصل بإسهاب ثلاثة سبل لتحسين كيفية تنظيم الخدمات، حتى عندما تكون الموارد محدودة، بحيث يتسنى لأولئك الذين يحتاجون إليها الاستفادة التامة منها. وهذه السبل هي: التخلي عن تقديم الرعاية في مستشفيات العلاج النفسي، واستحداث خدمات مجتمعية في مجال الصحة النفسية، ودمج خدمات الصحة النفسية في خدمات الصحة العامة.

ومن المسائل الأخرى التي يناقشها هذا الفصل ضمان توافر الأدوية النفسية التأثير، وإقامة صلات فيما بين القطاعات، واختيار تدخلات الصحة النفسية، ودور القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات، وتنمية الموارد البشرية، وتعريف أدوار ووظائف العاملين الصحيين. وعدم الاقتصار على تعزيز الصحة النفسية والتركيز على تعزيز حقوق المصابين باضطرابات نفسية أيضاً. وفي هذه الحالة الأخيرة من الضروري أن تضمن التشريعات حماية حقوق الإنسان الأساسية.

ومن الضروري إقامة التعاون بين الوزارات لكي تستفيد السياسات الخاصة بالصحة النفسية من التيار السائد للبرامج الحكومية. وعلاوة على هذا، فإن الإسهامات الخاصة بالصحة النفسية أمر ضروري لضمان مساهمة جميع الأنشطة والسياسات الحكومية في مجال الصحة النفسية وعدم التصادم معها. ويشمل ذلك العمالة والتوظيف، والتجارة والاقتصاد، والتعليم، والإسكان، وسائر خدمات الرعاية الاجتماعية، ونظام القضاء الجنائي.

ويحدد الفصل أهم عقبتين يتعين التغلب عليهما في المجتمع وهما الوصم والتمييز، وأن الأمر يقتضي اتباع نهج متعدد الجبهات، لتعبئة وسائل الإعلام واستخدام الموارد المجتمعية من أجل الحث على إحداث التغيير.

ويورد ***الفصل الخامس*** التوصيات و"سيناريوهات العمل" الثلاثة التي ذكرت في بداية هذا العرض العام. ويختم التقرير بنغمة تفاؤلية من خلال التأكيد على وجود حلول للاضطرابات النفسية وإمكانية تطبيقها. ذلك أنه يمكن، بفضل التقدم العلمي الذي تحقق في مجال الاضطرابات النفسية مساعدة معظم الأفراد والأسر. وبالإضافة إلى العلاج الناجع والتأهيل الفعال هناك استراتيجيات متاحة للوقاية من بعض الاضطرابات. ويمكن أن تقطع السياسات والتشريعات الملائمة والتدريجية الخاصة بالصحة النفسية شوطاً طويلاً نحو تقديم الخدمات إلى من يحتاجون إليها. إذ بهذا الفهم الجديد تنبعث آمال جديدة.

الفصل الأول

الصحة النفسية من منظور الصحة العمومية

الصحة النفسية والصحة البدنية شقان لا ينفصلان ويستويان في أهميتـــهما ســواء بسـواء بالنسبة لعافية الأفراد ورفاه المجتمعات والبلدان عموماً. ومع ذلك فإن قلة قليلة فقــط مــن المصابين باضطرابات نفسية أو سلوكية، والبالغ عددهم 450 مليون شخص تحصـل علـى العلاج. وقد أظهرت التطورات في العلوم العصبية والطـب السـلوكي أن الاضطرابـات النفسية والسلوكية، مثلها مثل كثير من الأمراض البدنية، تحدث نتيجة تفـاعل معقـد بيـن عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية. وإذا كان لا يزال هناك الكثير الذي لايزال يتعين تعلمـه عــن ذلك فإننا نملك بالفعل ما يلزم من معارف وقدرات للتخفيف من وطأة الاضطرابـات النفسية والسلوكية في جميع أنحاء العالم.

1

الصحة النفسية من منظور الصحة العمومية

مقـــدمـــة

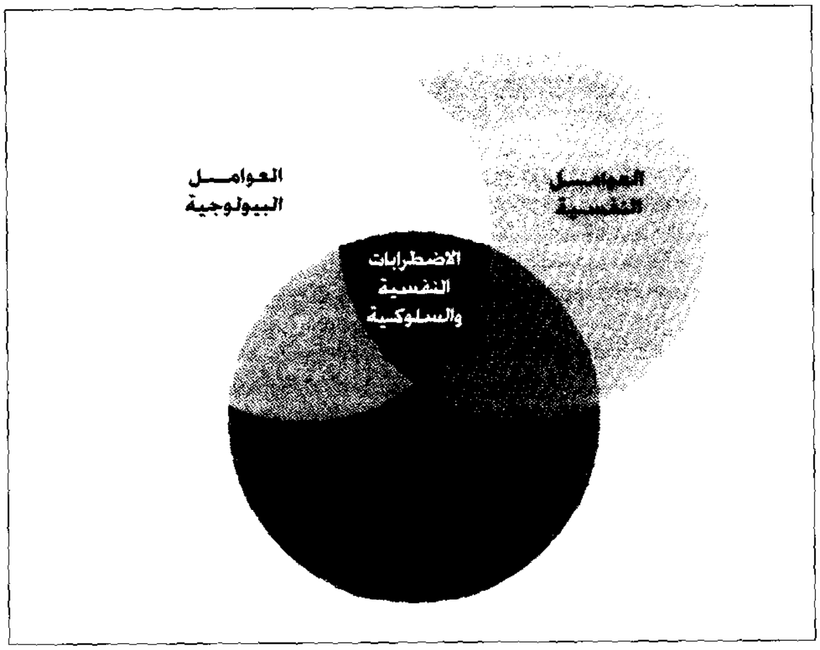
تشكل الصحة النفسية والبدنية والاجتماعية عند كل الناس جانبين حيويين من جوانب الحياة يرتبطان ارتباطاً وثيقاً ويعتمد كل منهما على الآخر إلى حد بعيد. ومع تنامي فهم هذه العلاقة يتضح أكثر فأكثر أن الصحة النفسية أمر بالغ الأهمية لعافية الأفراد ورفاه المجتمعات والبلدان عموماً.

ومما يدعو إلى الأسف أن الصحة النفسية والاضطرابات النفسية لا تحظى في معظم أنحاء العالم بأهمية تماثل الأهمية التي تحظى بها الصحة البدنية. وبدلاً من هذا تتعرض الصحة النفسية للتجاهل أو الإهمال إلى حد بعيد. ومن النتائج المترتبة على ذلك أن العالم يشهد تزايد عبء الاضطرابات النفسية، واتساعاً في "الفجوة العلاجية". فاليوم هناك نحو 450 مليون شخص ممن يعانون اضطرابات نفسية أو سلوكية، ولا يحصل منهم سوى أقلية صغيرة حتى على أبسط العلاج. ويترك معظم المصابين باضطرابات نفسية شديدة ليواجهوا مختلف الأدواء، مثل الاكتئاب والعته والفصام وإدمان المخدرات. ويقع الكثيرون، في جميع أنحاء العالم، عرضة للإيذاء بسبب أمراضهم ويصبحون ضحايا للوصم والتمييز.

ومن المحتمل أن تزيد أعداد من يعانون من هذه الاضطرابات بالنظر إلى تقدم السكان في السن، وتفاقم المشاكل الاجتماعية، والقلاقل المدنية. وتحتل الاضطرابات النفسية بالفعل المركز الرابع من بين الأسباب الرئيسية العشرة للإصابة بالعجز في جميع أنحاء العالم. ولهذا العبء المتعاظم تكلفة باهظة لما يسببه من بؤس بشري وعجز وخسائر اقتصادية.

وتشير التقديرات إلى أن الاضطرابات النفسية والسلوكية تشكل 12% من عبء الأمراض في العالم، ومع ذلك فإن نسبة الميزانيات المخصصة للصحة النفسية في معظم البلدان تقل عن 1% من إجمالي نفقاتها في ميدان الصحة. وليس يخفى عدم التناسب بين عبء الأمراض والإنفاق عليها. كما أن أكثر من 40% من البلدان لا تمتلك أية سياسات خاصة بالصحة النفسية، ويفتقر ما يزيد على 30% من البلدان إلى البرامج الخاصة بالصحة النفسية. وليس لدى ما يزيد على 90% من البلدان أية سياسات خاصة بالصحة النفسية فيما يتعلق بالأطفال والمراهقين . وعلاوة على هذا كثيراً ما لا يوجد ضمن

الشكل 1-1 تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ودوره في نشوء الاضطرابات النفسية والسلوكية وتطورها



الخطط الصحية أي مكان للاضطرابات النفسية والسلوكية كما تحظى به الأمراض الأخرى، مما يثقل كاهل المرضى وأسرهم بأعباء اقتصادية فادحة ويؤدي إلى استمرار وتفاقم الصعوبات.

غير أن هذا الأمر ينبغي أن لا يكون على هذا النحو. فقد اعترفت منظمة الصحة العالمية، منذ نشأتها، بأهمية الصحة النفسية، ويتجسد هذا الاعتراف في تعريف الصحة في دستور المنظمة على أنها " ليست مجرد انتفاء المرض أو العجز"، ولكنها بالأحرى "حالة من المعافاة البدنية والنفسية والاجتماعية". وفي السنوات الأخيرة زاد التركيز بصورة أوضح على هذا التعريف من خلال التطورات الهائلة العديدة التي طرأت على عدد من مجالات العلوم البيولوجية والسلوكية. وأدى هذا بدوره إلى اتساع فهمنا للوظائف النفسية والعلاقة الوثيقة بين الصحة النفسية والبدنية والاجتماعية. ويبعث هذا الفهم الجديد آمالاً جديدة.

ونحن نعلم اليوم أن معظم الأمراض، نفسية كانت أو بدنية، تتأثر بمجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (انظر الشكل 1-1). كما نعلم أن الاضطرابات النفسية والسلوكية منشؤها في الدماغ. ونعلم أنها تصيب الناس في جميع الأعمار وفي كل

البلدان، وأنها تتسبب أيضاً في معاناة الأسر والمجتمعات والأفراد. كما نعلم أنه يمكن في معظم الحالات تشخيص هذه الاضطرابات وعلاجها على نحو يحقق مردودية عالية. وبفضل ما تراكم لدينا من معلومات يتبين لنا أن المصابين باضطرابات نفسية أو سلوكية يمكنهم اليوم أن يأملوا في ممارسة حياة كاملة ومنتجة داخل مجتمعاتهم.

ويحتوي هذا التقرير معلومات بخصوص الفهم الحالي للاضطرابات النفسية والسلوكية، ولأبعادها وأثرها واستراتيجيات علاجها بنجاعة، واستراتيجيات تعزيز الصحة النفسية من خلال وضع السياسات وتوفير الخدمات الملائمة.

ويوضح التقرير أن الحكومات مسؤولة عن الصحة النفسية لمواطنيها تماماً كما هي مسؤولة عن صحتهم البدنية. ومن الرسائل الرئيسية الموجهة إلى تلك الحكومات أنه يجب إغلاق أبواب المصحات النفسية، إذا كانت لا تزال موجودة، والاستعاضة عنها بالرعاية المجتمعية المرتكز والجيدة التنظيم وذلك بتخصيص أسرّة للعلاج النفسي في المستشفيات العامة. ويجب طي صفحة العصر الذي يُحبس فيه المصابون باضطرابات نفسية أو سلوكية في مؤسسات العلاج النفسي الكريهة الأشبه بالسجون. والغالبية الكبيرة من المصابين بالاضطرابات النفسية ليسوا من الذين يتصفون بالعنف. ولا يرتبط تزايد احتمال العنف إلا بنسبة صغيرة من الاضطرابات النفسية والسلوكية، ويمكن أن تقلل الخدمات الشاملة في مجال الصحة النفسية احتمال حدوث هذا العنف.

ويجب على الحكومات، باعتبارها الجهات التي تتولى في خاتمة المطاف القوامة على أي نظام صحي، أن تضطلع بمسؤولياتها عن ضمان وضع وتنفيذ السياسات الخاصة بالصحة النفسية. ويوصي هذا التقرير باستراتيجيات ينبغي أن تتبعها البلدان في هذا الصدد، بما في ذلك دمج علاج الصحة النفسية وخدماتها في نظام الصحة العامة، وخاصة في الرعاية الصحية الأولية. ويجري، بنجاح، تطبيق هذا النهج في عدد من البلدان. وعلى الرغم من ذلك فإنه لايزال يتعين بذل المزيد من الجهود في هذا المضمار في كثير من مناطق العالم.

فهم الصحة النفسية

لقد وضع كتاب ينتمون إلى مختلف البيئات الثقافية تعريفات شتى للصحة النفسية. وتشمل مفاهيم الصحة النفسية العافية الشخصية وإدراك الكفاءة الذاتية والاستقلالية والمهارة واعتماد الأجيال على بعضها البعض، والتحقيق الذاتي لإمكانات المرء العقلية والعاطفية، وما إلى ذلك. ومن المحال تقريباً، من منظور متعدد الثقافات، تعريف الصحة النفسية تعريفاً شاملاً. بيد أنه من المتفق عليه، عموماً، أن مفهوم الصحة النفسية يتجاوز مسألة عدم وجود اضطرابات نفسية.

ومن المهم زيادة فهم الصحة النفسية، وبوجه أعم، الوظائف النفسية لأنها تشكل الأساس الذي يستند اليه في تكوين فهم أكمل لحدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية وتطورها.

وفي السنوات الأخيرة أدت المعلومات الجديدة المستقاة من مجالي علم الأعصاب والطب السلوكي إلى تطوير فهمنا للوظائف النفسية تطويراً هائلاً. وأخذ يتضح بصورة متزايدة أن للوظائف النفسية أساساً فيزيولوجياً، وأنها ترتبط ارتباطاً أساسياً بالوظائف البدنية والاجتماعية والحصائل الصحية.

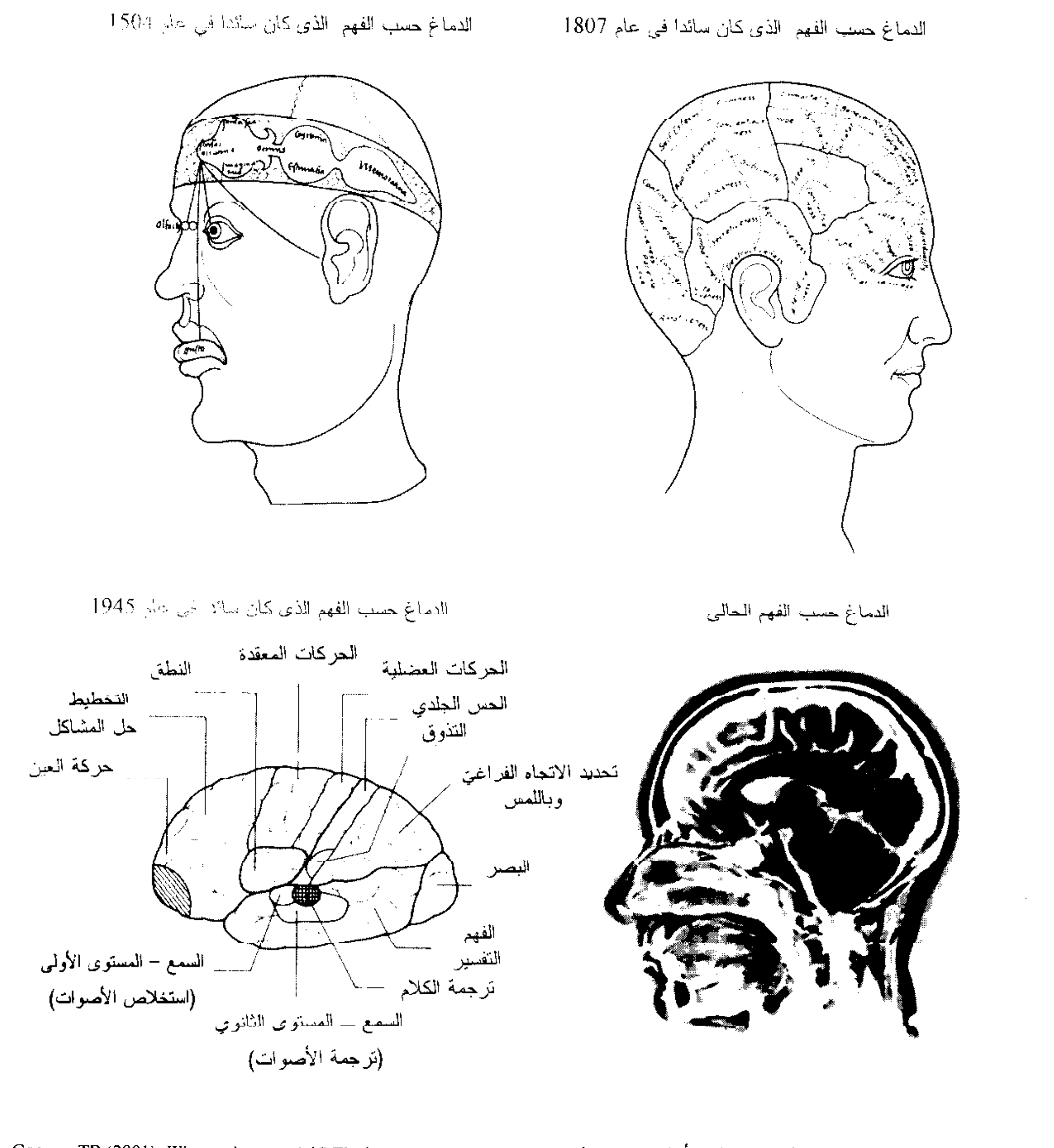
التقدم المحرز في العلوم العصبية

يأتي صدور *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2001*، في وقت هام من تاريخ العلوم العصبية. فالعلوم العصبية تتناول علم التشريح وعلم النفس والكيمياء الحيوية والبيولوجيا الجزيئية للنظام العصبي، وخاصة فيما يتعلق بآثارها على السلوكيات والتعلم. وتتيح التطورات الرائعة في البيولوجيا الجزيئية رؤية أكمل لدعائم الخلايا العصبية (العصبونات، النورونات). وستظل هذه التطورات تشكل أساساً بالغ الأهمية للتحليل الجيني لأمراض الإنسان، كما ستسهم في وضع أساليب جديدة لاكتشاف العلاجات.

ولقد تطور فهمنا لبنية الدماغ ووظائفه (انظر الشكل 1–2) على مدى الخمسمئة عام الماضية. وبفضل الثورة التي اجتاحت علم الجزيئات فإن أدوات، مثل تصوير الأعصاب وفيزيولوجيا الأعصاب، تتيح للباحثين معاينة نشاط العقل البشري، المفعم بالحياة والمشاعر والأفكار. وإذا استخدمت تكنولوجيات التصوير جنباً إلى جنب مع علم الأعصاب الإدراكي فإنها تتيح بصورة متزايدة تحديد أجزاء الدماغ المسؤولة عن مختلف جوانب التفكير والانفعالات.

والدماغ هو العضو المسؤول عن مزج المعلومات الجينية والجزيئية والمعلومات الكيميائية الحيوية مع المعلومات التي ترد اليه من العالم الخارجي. وبهذا يكون الدماغ عضواً معقداً إلى أبعد الحدود. ففي داخل الدماغ يوجد نوعان من الخلايا: الخلايا العصبية(العصبونات neurons) وخلايا الدبق العصبي (neuroglia). فالخلايا العصبية مسؤولة عن إرسال واستقبال النبضات أو الإشارات العصبية. أما خلايا الدبق العصبي فهي التي تمد الوحدات العصبية بالغذاء وتوفر لها الحماية والدعم الهيكلي. وتشكل هذه الخلايا مجتمعة ما يزيد على 100 بليون خلية عصبية في الدماغ، تنقسم إلى آلاف الأنواع المتمايزة. ويتصل كل من هذه الخلايا العصبية بالخلايا العصبية الأخرى بواسطة هياكل خاصة تسمى المشابك العصبية synapses. ويتم التواصل بواسطة ما يزيد على 100 مادة كيميائية مختلفة، تسمى المرسلات العصبية neurotransmitters، من خلال هذه المشابك العصبية. ويوجد إجمالاً ما قد يزيد على 100 تريليون مشبك في الدماغ. والدوائر، التي تتألف من مئات أو آلاف الخلايا العصبية، هي التي تحدث العمليات النفسية والسلوكية المعقدة.

الشكل 1-2 فهم الدماغ



رسوم توضيحية مهداة من شركة جون ويلي وأبنائه ، نيويورك. من Czerner TB (2001). *What makes you tick? The brain in plain English.*

وفي المرحلة الجنينية تحدد الجينات تكوّن الدماغ. وتكون حصيلة هذه العملية بنية محددة ومنظمة تنظيماً مُحكماً. وهذا التكون المبكر يمكن أيضاً أن يتأثر بعوامل بيئية مثل تغذية المرأة الحامل والإدمان (الكحول والتبغ وسائر المواد النفسية التأثير) أو التعرض للإشعاع. وبعد الولادة، وطوال العمر، تكون لكل أنواع الخبرات المكتسبة القدرة على إقامة اتصالات فورية بين الخلايا العصبية وفيما بينها ثم على إحداث عمليات جزيئية تعيد تشكيل عمليات الاتصال المشبكية (Hyman 2000). ويطلق على هذه العملية اسم "المرونة التشكيلية المشبكية synaptic plasticity"، إذ إنها تغير فعلياً البنية الفيزيائية للدماغ. ويمكن تكوين مشابك عصبية جديدة وإزالة مشابك عصبية أخرى وتقوية المشابك العصبية الموجودة أو إضعافها. ويؤدي ذلك إلى تغير معالجة المعلومات داخل الدوائر العصبية للتكيف مع الخبرات الجديدة.

وفي مرحلة ما قبل الولادة ومرحلة الطفولة وخلال مرحلة الكهولة تدخل الجينات والعوامل البيئية في سلسلة من التفاعلات المعقدة. وكل نشاط تعلمي ــ وهو عملية تعتمد على دوائر معينة وعلى انتظام جينات محددة ــ يُحدث تغيرات فيزيائية في الدماغ. وفي الواقع يتمثل النجاح الملحوظ في تطور دماغ الإنسان في أنها تظل طيعة طيلة العمر في حدود معينة. وهذا الاكتشاف الحديث "للمرونة التشكيلية المشبكية" في جميع مراحل العمر يشكل تحولا عن النظريات السابقة التي رأت أن بنية دماغ الشخص البالغ بنية ثابتة (انظر الإطار 1-1).

الإطار 1-1 الدماغ: فهم جديد لكيفية عمله يعود بجائزة نوبل على مكتشفيه

منحت جائزة نوبل للفيزيولوجيا والطب لعام 2000 لكل من الأستاذ آرفيد كارلسون والأستاذ بول غرينغارد والأستاذ إيريك كانديل مكافأة لهم على اكتشافاتهم كيفية اتصال خلايا الدماغ ببعضها البعض[1]. ويرتبط البحث الذي أجروه بنقل الإشارات في الجهاز العصبي الذي يحدث في المشابك العصبية (نقاط التماس بين الخلايا العصبية). وقد لعبت هذه الاكتشافات دوراً مهماً جداً في تحسين فهم تأدية الدماغ لوظيفته العادية وفهم كيفية تسبب الاضطرابات التي تطرأ على نقل الإشارات في حدوث الاضطرابات العقلية والسلوكية. وأدت النتائج التي خلصوا إليها بالفعل إلى استحداث أدوية جديدة ناجعة.

كشفت البحوث التي أجراها الأستاذ آرفيد كارلسون أن الدوبامين من النواقل العصبية الدماغية التي تساعد على السيطرة على الحركة وأن الإصابة بداء باركنسون ترتبط بانعدام الدوبامين. ونتيجة لهذا الاكتشاف يوجد الآن علاج ناجع (L-DOPA) لذلك الداء. وبيّنت أعمال كارلسون أيضاً كيفية عمل الأدوية الأخرى وخاصة العقاقير المستخدمة لعلاج الفصام وأدت إلى استحداث جيل جديد من الأدوية الناجعة المضادة للاكتئاب.

واكتشف الأستاذ بول غرينغارد كيف يؤثر الدوبامين وعدد من النواقل العصبية الأخرى في المشبك العصبي. وأوضحت بحوثه الآلية التي تعمل بها عدة أدوية نفسية المفعول.

أما الأستاذ إيريك كانديل فقد بيّن كيف أن التغيرات التي تطرأ على وظيفة النقل هي من الأمور المركزية فيما يتعلق بالتعلم والذاكرة واكتشف أن تنمية الذاكرة البعيدة الأمد تتطلب إحداث تغيير في تخليق البروتين الذي يمكن أن يؤدي بدوره أيضاً إلى إحداث تغييرات في شكل المشبك العصبي ووظيفته. وبتعميق فهم آليات الدماغ المهمة بالنسبة إلى الذاكرة، فان هذه البحوث تزيد من احتمالات استحداث أنواع جديدة من الأدوية تُحسن وظائف الذاكرة.

1. Butcher J (2000). A Nobel pursuit. *The Lancet*, 356: 1331.

وعلى الرغم من أهمية الاكتشافات التي تمت حتى الآن فإن علم الأعصاب لا يزال الآن في مراحله الأولى. وسيتيح التقدم في المستقبل تكوين فهم أكمل لكيفية ارتباط الدماغ بالوظائف النفسية والسلوكية المعقدة. وستوفر الابتكارات في مجال تصوير الدماغ إلى جانب دراسات علم النفس العصبي ودراسات الفزيولوجيا الكهربية عرضاً تصويرياً آنياً لنشاط الجهاز العصبي. وسيتم الجمع بين التصوير والقدرة المتزايدة على التسجيل من عدد كبير من الخلايا العصبية في وقت واحد، وبهذه الطريقة يمكن فك شفرة لغتها. وستعتمد جوانب التقدم الأخرى على التقدم المحرز في علم الجينات. وهناك مشروع أولي لفك شفرات المجين البشري (المجموع الجيني) ووضعه تحت تصرف جميع الناس على العنوان التالي على شبكة الإنترنت (http://www.ornl.gov/hgmis/). ومن الاستخدامات الهامة لعملية فهم المجين وضع أسس جديدة لاستنباط علاجات ناجعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية.

وثمة أداة هامة أخرى ستعزز فهم "وحدات البناء" الجزيئية للنمو وعلم التشريح والفيزيولوجيا والسلوك هي استيلاد فئران معدلة وراثيا. فلكل جين بشري تقريبا جين مناظر له لدى الفئران. ويوحي هذا التشابه بين وظائف الجينات لدى البشر والفئران بأن الفئران المحورة يمكن استخدامها كنماذج تسمح بالحصول على معارف جوهرية في مجال الفزيولوجيا البشرية والأمراض البشرية (O'Brien et al. 1999). وتعكف مختبرات عديدة في جميع أنحاء العالم بشكل منهجي على إضافة أو نزع جينات محددة، في حين تعمل مختبرات أخرى على إدخال تعديلات عشوائية على مجين الفأر برمته. وستساعد هذه الأساليب في الربط بين الجينات ونشاطها في الخلايا والأعضاء والكائنات ككل.

وبتحقيق التكامل بين نتائج البحوث الخاصة بتصوير الأعصاب وبين نتائج البحوث في مجال الفيزيولوجيا العصبية والبيولوجيا الجزيئية من المفترض أن يتوصل العلماء إلى زيادة فهم أسس الوظائف النفسية العادية والشاذة، واستنباط علاجات أنجع.

التقدّم المحرز في الطب السلوكي

حدثت تطورات لا تقتصر على فهمنا للوظائف النفسية فحسب وإنما أيضاً في معرفة كيفية تأثير هذه الوظائف في الصحة البدنية. ويكتشف العلم الحديث أنه على الرغم من أن الفصل بين الصحة النفسية والصحة البدنية أمر مريح على الصعيد النظري فإنه بدعة لغوية. فمن المفهوم أن معظم الأمراض "النفسية و "البدنية" تتأثر بجملة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وعلاوة على هذا فإن المسلّم به الآن أن للأفكار والمشاعر والسلوكيات تأثيراً كبيراً في الصحة البدنية. وفي المقابل من المعترف به أن للصحة البدنية أثراً كبيراً في الصحة والعافية النفسيتين.

والطب السلوكي مجال واسع متعدد التخصصات تتكامل فيه جوانب العلوم السلوكية والنفسية الاجتماعية والبيولوجية والطبية فيما يتعلق بفهم الصحة والمرض. وخلال السنوات العشرين الماضية أثبتت أدلة علمية متزايدة باطراد ومستقاة من مجال الطب السلوكي وجود صلة جوهرية بين الصحة النفسية والصحة البدنية (انظر الإطار 1-2) . وتُظهر البحوث

الإطار 2-1 الألم والعافية

يعد الشعور بالألم الدائم أحد المشاكل الصحية العمومية الكبرى وهو السبب في المعاناة الصامتة والتراجع الخفي في الإنتاجية في جميع أرجاء العالم. وأمام تفاوت التقديرات المحددة، لا أحد يماري في أن الآلام المزمنة موهنة ومكلفة في آن واحد، وأنها من بين أهم الأسباب في استشارة الأطباء وحالات الغياب عن العمل لأسباب صحية.

وأجرت منظمة الصحة العالمية مؤخراً دراسة على 5447 شخصاً في 15 مركزاً للدراسات في آسيا وأفريقيا وأوروبا والأمريكتين بغية بحث العلاقة القائمة بين ظاهرة الألم والعافية[1]. وتبين النتائج أن عدد الذين يعانون من آلام دائمة والمعرضين لاحتمالات الإصابة بالقلق أو اضطرابات الاكتئاب يفوق بأربعة أمثال عدد أولئك الذين لا يعانونها. ولوحظ هذا الترابط في جميع مراكز الدراسات أياً كان الموقع الجغرافي. وتبين دراسات أخرى أن شدة الألم والعجز والقلق والاكتئاب أمور تتفاعل فيما بينها، مما يؤدي إلى آلام مزمنة وإلى دوام تلك الآلام.

ومما يبعث الآمال في النفوس، أن دراسة أجريت مؤخراً في مجال الرعاية الصحية الأولية على 255 شخصاً يعانون من آلام في أسفل الظهر أقامت الدليل على أن التدخلات العلاجية الجماعية التي تستخدم فيها بعض المهارات بتوجيه من غير المتخصصين، يمكن أن تؤدي إلى التقليل من المخاوف ومن حالات العجز[2]. واستند هذا النوع من العلاج إلى نموذج التدبير العلاجي الذاتي للأمراض المزمنة وهو عبارة عن أربع حصص تستغرق كل واحدة منها ساعتين اثنتين تنظم مرة في الأسبوع ويشارك فيها ما بين 10 أشخاص و15 شخصاً في كل حصة. وكان الموجهون من عامة الناس ، الذين سبق وأن عانوا من آلام متكررة أو مزمنة في الظهر، قد حصلوا على تدريب رسمي على يد طبيب سريري على علم بمعالجة آلام الظهر وببرنامج العلاج. ولم تحدث أي مشاكل تذكر بالنسبة إلى الموجهين غير المتخصصين، بل إن قدرتهم على العلاج كانت باهرة. وتدل هذه الدراسة على أن المهنيين من ذوي التخصصات غير الصحية قادرون على النجاح في تنفيذ تدخلات سلوكية منهجية مما يبعث الآمال فيما يخص تطبيق هذه التدخلات في علاج أمراض أخرى.

1. Gureje O et al. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280(2): 147-151.
2. Von Korff M et al. (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23(23): 2608 - 2615

على سبيل المثال، أن النساء اللائي يعانين من سرطان الثدي في مرحلة متقدمة ويعالجن بأسلوب العلاج الجماعي الداعم، يعمّرن نسبياً أكثر من النساء اللائي لا يتلقين هذا العلاج الجماعي (Spiegel et al.1989)، وأن الاكتئاب إنما هو مقدمة للإصابة بأمراض القلب (Ferketich et al.2000) وأن التقبل الواقعي لفكرة الموت يصحبه انخفاض مدة بقاء المصابين بالإيدز على قيد الحياة، حتى بعد السيطرة على مجموعة من المشاكل الصحية الأخرى المنذرة بالوفاة (Reed et al.1994).

كيف تؤثر الصحة النفسية والصحة البدنية في بعضها البعض؟ تشير البحوث إلى طريقين رئيسيين يتم من خلالهما هذا التأثير. أما الطريق الرئيسي الأول فمباشرة، من خلال الأجهزة الفيزيولوجية، مثل الغدد الصم العصبية ووظائف المناعة. وأما الطريق الرئيسي الثاني فمن خلال انتهاج السلوك الصحي. ويشمل تعبير "السلوك الصحي" طائفة من الأنشطة المعززة للصحة مثل تناول الطعام الصحي والقيام بتمارين رياضية منتظمة والحصول على

قسط كاف من النوم وعدم التدخين واتباع ممارسات جنسية مأمونة واستعمال أحزمة الأمان في المركبات والتقيد بالعلاجات الطبية (انظر الإطار 1-3).

وإذا كان المساران الفيزيولوجي والسلوكي يتميزان عن بعضهما البعض فإنهما لا ينفصلان، إذ إن السلوك الصحي يمكن أن يؤثر في الفيزيولوجيا (فالتدخين وأساليب العيش التي تتسم بقلة الحركة، مثلاً، من العوامل التي تؤثر في الوظيفة المناعية) كما تؤثر الوظائف الفيزيولوجية في السلوك الصحي (إذ يتسبب الإرهاق، مثلاً، في نسيان تناول العلاج الطبي). والنتيجة ظهور نموذج شامل للصحة النفسية والبدنية ترتبط فيه مختلف العناصر ببعضها البعض وتؤثر في بعضها البعض على مر الزمن.

الإطار 1-3 التقيد بالمشورة الطبية

لا يتقيد المرضى دائماً بمشورة مقدمي خدمات الرعاية الصحية الذين يعتنون بهم أو أنهم لا يمتثلون لها. ويشير استعراض للكتابات الموضوعة في هذا الصدد، أن متوسط معدل التقيد باستخدام الأدوية الطويل الأجل لا يكاد يزيد على 50%، في حين أن معدل التقيد بإدخال تغييرات على نمط الحياة، مثل تغيير النظام الغذائي منخفض جداً. وبشكل عام فإنه كلما كان نظام العلاج الطبي مطولاً أو معقداً أو مؤدياً إلى إدخال خلل على العادات الشخصية كلما قلّ مدى امتثال المرضى لمقتضيات ذلك النظام. ومن العوامل الهامة الأخرى التي تؤثر في مسألة التقيد مهارات مقدم الخدمات في مجال التواصل وآراء المريض في فائدة النظام الموصى به وقدرته على الحصول على الأدوية أو العلاجات الأخرى الموصى بها بتكلفة معقولة.

والاكتئاب له دور هام في عدم التقيد بالعلاج الطبي. ذلك أن عدد المرضى المصابين بهذه الحالة الذين يحتمل عدم امتثالهم لنظم العلاج الطبي يفوق بثلاثة أمثال عدد المرضى الذين لا يشكون منه[1]. وذلك يعني، مثلاً، أن احتمالات تناول مرضى السكري المصابين بالاكتئاب لأطعمة أقل نوعية من المرضى غير المصابين به، وأنهم أكثر عرضة منهم لتواتر نوبات الإصابة بفرط سكر الدم وللإصابة بحالات العجز ولارتفاع تكاليف الرعاية الصحية التي يتكبدونها.[2, 3] ويؤدي علاج القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري إلى تحسّن حالتهم النفسية والبدنية على السواء.[4-6]

وتشير العلاقة الوثيقة بين الاكتئاب وبين عدم التقيد بالعلاج الطبي إلى أن المرضى، وخاصة أولئك الذين لا يتقيدون بالعلاج، ينبغي فرزهم على نحو روتيني وعلاجهم من الاكتئاب.

1 DiMatteo MR et al. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine* 160: 2101-2107.

2 Ciechanowski PS et al. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160: 3278-3285.

3 Ziegelstein RC et al. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during.recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160: 1818-1823

4 Lustman PJ et al. (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 18(8): 1133-1139.

5 Lustman PJ et al. (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59(3): 241-250.

6 Lustman PJ et al. (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 23 (5): 618-623.

المسار الفيزيولوجي

في نموذج للصحة متكامل وقائم على قرائن ملموسة تبدو الصحة النفسية (بما في ذلك الانفعالات وأنماط التفكير) من العوامل الرئيسية المحددة للصحة ككل. فـالقلق والاكتئـاب، على سبيل المثال، يؤديان إلى حدوث سلسلة متعاقبة من التغيرات الضارة في الغدد الصـم ووظـائف المناعـة، وتزيـد من الاستعداد للإصابة بمجموعة من الأمراض البدنية. ومـن المعروف، على سبيل المثال، أن الإجهاد يرتبط بالإصابة بنزلات البرد (Cohen et al.1991) وأنه يؤخر التئام الجروح (Kielcot-Glaser et al.1999).

وعلى الرغم من أنه لاتزال هناك أسئلة بدون جواب بخصوص الآليات المحددة لـهذه العلاقات، فمن الواضح أن صحة الفقراء النفسية تلعب دوراً هاماً في كبت وظائف المناعـة وفي نشوء بعض الأمراض بل وفي حدوث الوفيات المبكرة.

مسار السلوك الصحي

يتسم فهم العوامل المحددة للسلوك الصحي بأهمية خاصة نظراً للدور الذي يلعبه هـذا السلوك في تحديد الحالة الصحية بشكل عام. وتؤدي الإصابة بالأمراض غير السارية، مثل الأمراض القلبية الوعائية ومرض السرطان إلى حدوث خسائر هائلة في الأرواح والصحـة في جميع أنحاء العالم. ويرتبط كثير من هذه الأمراض ارتباطاً قوياً بالسلوك غير الصحـي، مثل تعاطي الكحول والتبغ، والتغذية الرديئة، وأنماط الحياة المتسمة بقلة الحركـة. كمـا أن السلوك الصحي من العوامل المحددة الرئيسية لانتشار أمراض سارية، مثل الإيدز، نتيجـة للممارسات الجنسية غير المأمونة والتشارك في استعمال المحاقن المستخدمة. ومن الممكـن توقي أمراض كثيرة بانتهاج سلوك صحي.

ويتوقف السلوك الصحي للفرد، إلى حد كبير، على صحته النفسـية. وبـهذا يؤثـر الاعتلال النفسي أو التوتر النفسي، على سبيل المثال، في السلوك الصحي. وتُظهر الأدلـة الحديثة أن الشباب المصابين باضطرابات نفسية، مثل الاكتئاب وإدمان المخدرات، يميلـون إلى اتباع ممارسات جنسية محفوفة بمخاطر شديدة أكثر من أولئك الذيـن لا يعـانون أيـة اضطرابات نفسية، وتعرضهم تلك الممارسات لخطر الإصابة بمجموعـة مـن الأمـراض المنقولة جنسياً ومنها الإيدز (Ranrakha et al.2000). ولكن هناك عوامل أخرى لها أيضـاً تأثيرها في السلوك الصحي. فالأطفال والمراهقون يتعلمون عن طريق الخبرات المباشـرة وبفضل المعلومات ومشاهدة الآخرين، وهذا التعلم يؤثر في سلوكهم الصحي. وقد ثبت، على سـبيل المثـال، أن تـعاطي المخدرات قبل سن الخامسة عشرة يرتبط إلى حد بعيد بإدمان المخـدرات والكحـول في مرحلة الرشد (Jaffe 1995). كما أن التأثيرات البيئية، مثل الفقر أو المعايير المجتمعية والثقافية، تؤثر أيضاً في السلوك الصحي.

ونظراً لحداثة هذه القرائن العلمية فإن الصلة بين الصحة النفسـية والصحة البدنيـة لم يعترف بها بعد اعترافاً كاملاً ولا تؤخذ بعين الاعتبار مـن قبل نظام الرعـاية الصحية.

ورغم ذلك فإن هذه القرائن دامغة وهي تشير إلى أن الصحة النفسية ترتبط ارتباطا أساسياً بحصائل الصحة البدنية.

فهم الاضطرابات النفسية والسلوكية

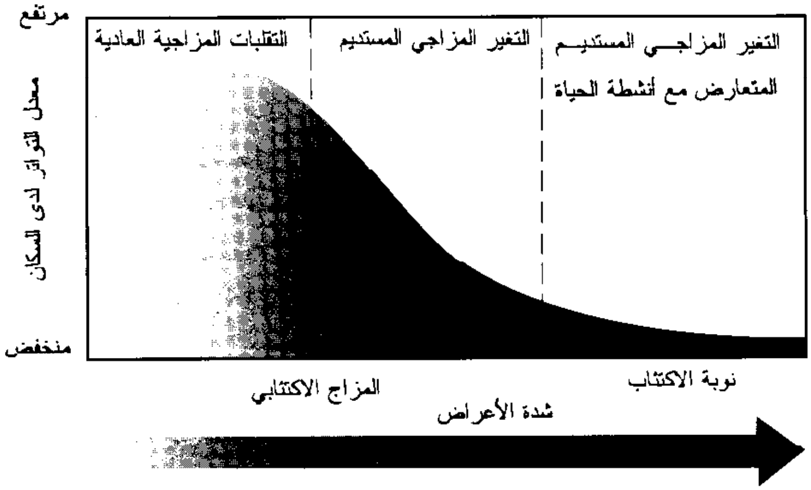
على الرغم من أنه من الواضح أن تعزيز العافية النفسية الإيجابية لجميع أعضاء المجتمع من الأهداف الهامة، فإنه لا يزال هناك الكثير الذي يتعين تعلمه بشأن كيفية تحقيق هذه الغاية. وفي المقابل توجد اليوم تدخلات ناجعة تتعلق بمجموعة من مشاكل الصحة النفسية. ونظراً لضخامة عدد المصابين باضطرابات نفسية وسلوكية، الذين لا يتلقى كثير منهم أي علاج، والعبء الناجم عن عدم علاج تلك الاضطرابات، فإن هذا التقرير يركز على الاضطرابات النفسية والسلوكية بدلاً من التركيز على الصحة النفسية بمعناها الأوسع.

والاضطرابات النفسية والسلوكية، هي عبارة عن مجموعة من الاضطرابات المعرفة في المراجعة العاشرة *للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (ICD-10)*. وعلى الرغم من تباين أعراضها تبايناً كبيراً فإن هذه الاضطرابات هي، عموماً، الأفكار غير السوية والانفعالات والسلوكيات والعلاقات بالإضافة إلى انفعالات وسلوكيات وعلاقات أخرى. ومن الأمثلة على ذلك، الفصام والاكتئاب والتخلف العقلي والاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد النفسية التأثير. ويتناول الفصلان الثاني والثالث بمزيد من التفصيل الاضطرابات النفسية والسلوكية. ويوضح الشكل 1-3، الترابط بين التقلبات المزاجية العادية والاضطرابات النفسية والسلوكية فيما يتعلق بحالة أعراض الاكتئاب بخاصة.

وقد شكل الفصل المصطنع بين العوامل البيولوجية والعوامل النفسية والاجتماعية عقبة كؤوداً تحول دون فهم الاضطرابات النفسية والسلوكية فهماً حقيقياً. والواقع أن هذه الاضطرابات إنما هي نتيجة لتفاعل معقد بين جميع هذه العوامل وهي في ذلك شبيهة بأمراض بدنية عديدة.

ولطالما احتدم الجدل بين العلماء، طوال سنوات، بشأن الأهمية النسبية لكل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية في حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية. ويبين العلم الحديث أن الاضطرابات النفسية والسلوكية إنما هي نتيجة للتفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية أو، بعبارة أخرى، التفاعل بين العوامل البيولوجية وكل من العوامل النفسية والاجتماعية. إذ لا يقتصر عمل الدماغ على بسط البرامج الجينية المعقدة، وفقاً لمنطق حتمي محدد، كما أن السلوك البشري ليس نتيجة محضة للمحددات البيئية. فقبل الولادة، وطوال العمر، تدخل الجينات والبيئة في مجموعة من التفاعلات المعقدة جداً. ولهذه التفاعلات أثر كبير في نشوء الاضطرابات النفسية والسلوكية وفي تحديد مدتها.

الشكل 1-3 مجموعة أعراض الاكتئاب لدى السكان



نوبة الاكتئاب

في نوبة الاكتئاب النمطية يعاني الشخص من فتور في المزاج والطاقة وانخفاض مستوى النشاط وتقل القدرة على الاستمتاع والاهتمام والتركيز. ومن الشائع الشعور بإجهاد ملحوظ بعد بذل أدنى جهد. وعادة ما تحدث اضطرابات في النوم وضعف في الشهية. ويقل دائماً تقريباً الاعتداد بالنفس والثقة في الذات مع تبادر أفكار توحي بالشعور بالذنب والتفاهة في أحيان كثيرة.
وحسب عدد الأعراض وشدتها يمكن تحديد ما إذا كانت نوبة الاكتئاب خفيفة أو متوسطة أو شديدة.

نوبة الاكتئاب الخفيفة

يظهر عادة اثنان أو ثلاثة من الأعراض السالفة الذكر. ويعاني الشخص من هذه الأعراض ولكنه قد يظل قادراً على مواصلة معظم الأنشطة.

نوبة الاكتئاب المتوسطة

تظهر عادة أربعة أو أكثر من الأعراض السالفة الذكر ولكن يرجّح أن يواجه الشخص صعوبة كبيرة في مواصلة الأنشطة العادية.

نوبة الاكتئاب الشديدة

هي نوبة اكتئاب يلاحظ فيها العديد من الأعراض السالفة الذكر وتسبب أزمة، مع فقدان نمطي للاعتداد بالذات وتبادر أفكار توحي بالتفاهة والشعور بالذنب. ويشيع التفكير في الانتحار والإقدام عليه.

ويُظهر العلم الحديث، على سبيل المثال، أن التعرض للعوامل المسببة للإجهاد أثناء فترة النمو المبكر يصحبه نشاط دماغي مفرط ومستمر مع زيادة احتمال الإصابة بالاكتئاب في مرحلة متأخرة من العمر (Heim et al.2000). ومما يبشر بالخير في هذا الصدد: أن العلاج السلوكي من اضطراب الوسواس القهري تبين أنه يؤدي إلى تغيرات في وظائف الدماغ يمكن ملاحظتها بفضل تقنيات التصوير، وهي تغيرات مساوية للتغيرات التي

يمكن تحقيقها باللجوء إلى العلاج الكيميائي (Baxter et al.1992). وعلى الرغم من ذلك، فإن اكتشاف الجينات المرتبطة بزيادة احتمالات خطر حدوث الاضطرابات سيظل من الأدوات ذات الأهمية البالغة التي ستؤدي مع تحسن فهم الدوائر العصبية إلى تحسين معارفنا بشكل كبير حول الاضطرابات النفسية والسلوكية وأسبابها. وإذا كان لا يزال هناك الكثير الذي يتعين تعلمه عن الأسباب المحددة للاضطرابات النفسية والسلوكية، فإن مساهمات علم الأعصاب وعلم الوراثة وعلم النفس وعلم الاجتماع، خاصة، تلعب دوراً هاماً في توفير المعلومات اللازمة لتحسين فهمنا لهذه العلاقات المعقدة. وسيسهم إعداد تقدير يقوم على مفاهيم علمية للتفاعلات بين مختلف العوامل إسهاماً كبيراً في القضاء على الجهل في هذا المضمار ووضع حد لسوء العلاج المقدم للمصابين بهذه الاضطرابات.

العوامل البيولوجية

هناك ترابط بين السن والجنس وبين الاضطرابات النفسية والسلوكية، كما يشير إلى ذلك الفصل الثاني.

فقد أقيم الدليل على أن الاضطرابات النفسية والسلوكية ترتبط باضطرابات في الاتصال العصبي داخل خلايا محددة. ففي حالة الفصام يمكن أن تُحدث حالات الشذوذ في نضج الدوائر العصبية تغيرات يمكن كشفها في علم الأمراض على مستوى الخلايا والأنسجة تؤدي إلى معالجة المعلومات بصورة غير مناسبة أو سيئة التكيف (Lewis & Lieberman 2000). أما في حالة الاكتئاب، فيمكن ألا تحدث حالات الشذوذ التشريحي المميزة هذه، وبدلاً من هذا قد يعزى احتمال الإصابة بالمرض إلى تبدلات في مدى استجابة الدارات العصبية (Berke & Hyman 2000). وقد تعكس هذه التغيرات بدورها تغيرات دقيقة في بنية أو موضع البروتينات الضرورية للوظائف العادية أو في مستويات تعبير هذه البروتينات. وقد تعتبر بعض الاضطرابات النفسية، مثل الاعتماد على المواد النفسية التأثير، في جزء منها، نتيجة المرونة التشكيلية المشبكية السيئة التكيف، أي أن التبدلات الناجمة عن العقاقير أو عن الخبرات في الوصلات المشبكية يمكن أن تؤدي إلى تغيرات طويلة الأمد في التفكير والانفعال والسلوك.

وبالتوازي مع التقدم المحرز في مجال علم الأعصاب تحقق تقدم في مجال علم الوراثة. ويرتبط جل الاضطرابات النفسية والسلوكية الحادة الشائعة بعنصر اختطار جيني هام. بيد أن الدراسات الخاصة بطريقة انتقال الاضطرابات النفسية داخل أسر ممتدة عبر عدة أجيال، والدراسات التي تقارن احتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى التوأمين وحيدي الزيجوت مقابل احتمال حدوث الاضطرابات النفسية لدى التوأمين ثنائيي الزيجوت (توأما البويضتين) أدت، مع ذلك، إلى استنتاج أن احتمال الإصابة بالأشكال الشائعة من الاضطرابات النفسية أمر معقد جينياً. وتعزى الاضطرابات النفسية والسلوكية أساساً إلى التفاعل بين جينات الاختطار المتعدد وبين العوامل البيئية. وبالإضافة إلى هذا قد لا يظهر الاستعداد الجيني لحدوث اضطراب نفسي أو سلوكي معين إلا لدى من يتعرضون لعوامل

إجهاد بيئية محددة تجعل مسببات الاضطراب تعمل عملها. ويمكن أن تتفاوت أمثلة هذه العوامل البيئية بين التعرض للمواد النفسية التأثير في المرحلة الجنينية، ولسوء التغذية وحالات العدوى واضطراب البيئة الأسرية والإهمال والعزلة والإصابات.

العوامل النفسية

ترتبط العوامل النفسية الفردية أيضاً بحدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية. وثمة استنتاج رئيسي استخلص على مدى القرن العشرين شكل فهمنا الحالي ألا وهو الأهمية البالغة للعلاقات مع الأبوين وغيرهما من المسؤولين عن الطفل في مستهل حياته. فالرعاية الحانية واليقظة والحياة المستقرة تتيح للرضّع وصغار الأطفال أن يطوروا بصورة طبيعية وظائف هامة مثل الوظائف اللغوية والتفكير والسيطرة على الانفعالات. وقد يعزى الفشل في هذا الصدد إلى مشاكل نفسية أو إلى المرض أو وفاة الشخص الذي توكل اليه مهمة الرعاية. وقد ينفصل الطفل عمن يرعاه بسبب الفقر أو الحرب أو النزوح السكاني. وقد يفتقد الطفل الرعاية بسبب عدم توافر خدمات اجتماعية في المجتمع. وبصرف النظر عن السبب الحقيقي وراء ذلك فإن الأطفال عندما يحرمون من النشوء في كنف من يعنى برعايتهم فإنهم يكونون أكثر عرضة من غيرهم للإصابة باضطرابات نفسية وسلوكية، سواء في مرحلة الطفولة أو في مراحل العمر المتأخرة. والدليل على ذلك الرضّع الذين يعيشون في مؤسسات تعوزها الحوافز الاجتماعية الكافية. فعلى الرغم من تلقي هؤلاء الأطفال تغذية كافية ورعاية بدنية ملائمة فإن من المحتمل أن تحدث لهم حالات ضعف في التفاعل مع الآخرين وفي القدرة على التعبير عن مشاعرهم وفي مواجهة أحداث الحياة المؤلمة على نحو يتيح التكيف معها. وفي بعض الحالات تحدث أيضاً عيوب في عملية التعلم.

ومن الاستنتاجات الأساسية الأخرى أن السلوك البشري يتحدد، في جزء منه من خلال تفاعلات مع البيئة الطبيعية أو الاجتماعية التي يمكن أن تؤدي إما إلى نتائج محمودة أو نتائج غير مرغوب فيها بالنسبة إلى الفرد. والأفراد، من حيث المبدأ، يميلون إلى انتهاج سلوكيات "يكافئ عليها" المجتمع أكثر من انتهاج سلوكيات تستهجن أو يعاقب عليها. وبهذا يمكن اعتبار الاضطرابات النفسية والسلوكية سلوكاً غير ملائم يكتسب، إما بصورة مباشرة وإما من خلال مشاهدة الآخرين على مر الزمن. وهذه النظرية تدعمها عقود من البحث بشأن التعلم والسلوك، ويدعمها كذلك نجاح العلاج السلوكي الذي يستخدم هذه المبادئ في مساعدة الناس على تغيير الأنماط غير الملائمة من التفكير والسلوك.

وأخيراً، فإن علم النفس يبين أن من الممكن حدوث أنواع معينة من الاضطرابات النفسية والسلوكية، مثل القلق والاكتئاب، نتيجة الفشل في مواجهة أحداث الحياة المنغصة على نحو يتيح التكيف معها. وعموماً، فإن من يحاولون تفادي التفكير في العوامل المسببة للإجهاد أو تفادي التعامل معها تزداد احتمالات حدوث القلق أو الاكتئاب لديهم في حين أن أولئك الذين يبوحون لغيرهم بما يعانون من مشكلات، ويسعون إلى إيجاد طرق لمعالجة

العوامل الباعثة على الإجهاد يتعلمون شيئاً فشيئاً كيف يحسنون من ردود أفعالهم. وقد أدى هذا الاستنتاج إلى استنباط تدخلات قوامها تعليم مهارات مواجهة الإجهاد

وهذه الاكتشافات أسهمت معاً في تكوين فهمنا للاضطرابات النفسية والسلوكية. كما أنها تشكل أساس استنباط مجموعة من التدخلات الناجعة التي ترد مناقشتها بمزيد من التفصيل في الفصل الثالث.

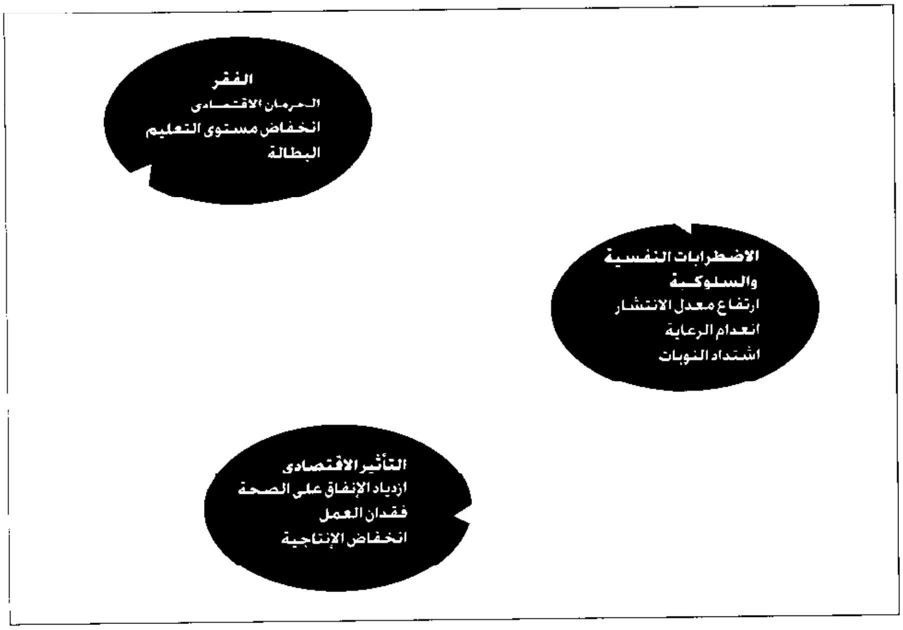
العوامل الاجتماعية

على الرغم من أن العوامل الاجتماعية، مثل التوسع الحضري، والفقر، والتغيرات التكنولوجية، ترتبط بحدوث اضطرابات نفسية وسلوكية فليس هناك ما يدعو إلى افتراض أن آثار التغيرات الاجتماعية على الصحة النفسية واحدة بالنسبة لجميع شرائح مجتمع ما. وعادة ما تكون للتغيرات آثار متباينة طبقاً للحالة الاقتصادية والجنس والانتماء لمجموعة إثنية والأصل العرقي.

وفيما بين عامي 1950 و2000 ارتفعت نسبة سكان الحضر في آسيا وأفريقيا وأمريكا الوسطى والجنوبية من 16% إلى نصف عدد سكان هذه المناطق بالكامل (Harpham & Blue 1995). وفي عام 1950 كان عدد سكان مكسيكو سيتي 3,1 مليون وسان باولو 2,8 مليون نسمة، ولكن يقدر عدد سكان كل منهما بحلول عام 2000 بما يبلغ 10 ملايين نسمة. وقد يكون للطابع الحديث للتوسع الحضري آثار ضارة بالصحة النفسية من خلال تفاقم عوامل الإجهاد والأوضاع غير المواتية، مثل اكتظاظ السكان وتلوث البيئة، والفقر، والارتهان بالاقتصاد النقدي، وارتفاع مستويات العنف، وانخفاض مستوى الدعم الاجتماعي (Desjarlais et al.1995). ويعيش نحو نصف سكان الحضر في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تحت وطأة الفقر، إذ إن هناك عشرات الملايين من البالغين والأطفال دون مأوى. وفي بعض المناطق تجبر التنمية الاقتصادية أعداداً متزايدة من السكان الأصليين إلى الهجرة إلى مناطق حضرية بحثاً عن أسباب الرزق. ولا تؤدي الهجرة عادة إلى تحسين الحالة الاجتماعية، ولكنها، بدلاً من ذلك، تؤدي في كثير من الأحيان إلى ارتفاع معدلات البطالة وتدني الأحوال المعيشية، وتعريض المهاجرين إلى الكرب الاجتماعي وزيادة احتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية نتيجة انعدام شبكات الدعم الاجتماعي. وبهذا ترتبط النزاعات والحروب والصراعات المدنية بارتفاع معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية، وترد مناقشة ذلك في الفصل الثاني.

والحياة الريفية تعج بالمشكلات التي تواجه كثيراً من الناس. ومن الصعوبات الشائعة العزلة ونقص وسائل النقل والاتصال ومحدودية فرص التعليم والفرص الاقتصادية. وعلاوة على هذا، تميل خدمات الصحة النفسية إلى تركيز الموارد والخبرات السريرية في مناطق الحواضر الكبرى وتترك خيارات محدودة لسكان الريف المحتاجين إلى خدمات رعاية

الشكل 1-4 الدائرة المفرغة للفقر والاضطرابات النفسية



الصحة النفسية. وقد أظهرت دراسة أجريت حديثا بشأن الانتحار لدى الكهول في بعض المناطق الحضرية والريفية في إقليم هونان بالصين ارتفاع معدل الانتحار في المناطق الريفية (88,3 لكل 100 000 نسمة) عنها في المناطق الحضرية (24,4 لكل 100 000 نسمة) (Xu et al.2000). وتفيد المعلومات أن معدلات الاكتئاب بين النساء الريفيات، في أماكن أخرى، تزيد على مثلي التقديرات الخاصة بعامة السكان من النساء (Hauenstein & Boyd 1994).

والعلاقة بين الفقر والصحة النفسية علاقة معقدة ذات أبعاد متعددة (انظر الشكل 1-4). فالفقر، في أضيق معانيه، يعني نقص الأموال أو الممتلكات المادية. أما الفقر بمعناه الأعم، والذي قد يكون أنسب للمناقشات المتعلقة بالاضطرابات النفسية والسلوكية، فيمكن فهمه على أنه حالة من امتلاك وسائل غير كافية، وهو تعريف يمكن أن يشمل نقص الموارد الاجتماعية والتعليمية. والفقر، وما يرتبط به من أوضاع، مثل البطالة وانخفاض مستوى التعليم والعوز والتشرد، لا ينتشر في البلدان الفقيرة فحسب وإنما يصيب أيضاً أقلية هامة في البلدان الغنية. وتسجل لدى الفقراء والمعوزين معدلات أعلى من انتشار الاضطرابات النفسية والسلوكية، بما في ذلك الاضطرابات ذات الصلة بتعاطي المخدرات. ويمكن تفسير ارتفاع هذا المعدل بآليتين هما أولاً وجود عدد أكبر من عوامل الاضطرابات بين الفقراء، وثانياً عن طريق تعرض المرضى النفسيين أكثر من غيرهم للعوامل التي تؤدي إلى الفقر. وعلى الرغم من وجود تناقض بشأن تحديد أي هاتين الآليتين يعزى إليه ارتفاع معدل الانتشار بين الفقراء فإن القرائن المتاحة توحي بأن كلتيهما ذات صلة وثيقة بارتفاع معدل

الانتشار (Patel 2001). وقد تكون الآلية الأولى السببية، على سبيل المثال، أصلح فيما يتعلق باضطرابي القلق والاكتئاب في حين تنطبق الآلية الثانية أكثر على ارتفاع معدلات الاضطرابات الذهانية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات بين الفقراء. ولكن أياً من الآليتين لا تنفي الآلية الأخرى: فقد يكون لدى الأفراد استعداد للإصابة باضطرابات نفسية بسبب أوضاعهم الاجتماعية، وقد يواجه من تحدث لهم اضطرابات نفسية مزيداً من الحرمان نتيجة الاعتلال. وهذا الحرمان يشمل انخفاض مستويات التعليم، كما يشمل البطالة، وفي الحالات الحادة التشرد. وقد تسبب الاضطرابات النفسية حالات عجز حادة ومستديمة، بما في ذلك عدم القدرة على العمل. وإذا لم يتوافر الدعم الاجتماعي الكافي، وهذه هي الحال غالباً في البلدان النامية التي لا توجد فيها مؤسسات منظمة معنية بالرعاية الاجتماعية، فإن الفقر يحدث بوتيرة سريعة.

وهناك أيضاً قرائن تدل على أن مدة الاضطرابات النفسية والسلوكية تتحدد بالحالة الاجتماعية الاقتصادية للفرد. وقد يكون ذلك نتيجة لنقص عام في خدمات الصحة النفسية إلى جانب العقبات التي تواجهها فئات اجتماعية اقتصادية معينة في الحصول على خدمات الرعاية. ولدى البلدان الفقيرة موارد قليلة للغاية فيما يتعلق برعاية الصحة النفسية، وكثيراً ما لا تتاح هذه الموارد لأفقر شرائح المجتمع. وحتى في البلدان الغنية يمكن للفقر، إلى جانب ما يرتبط به من عوامل مثل نقص التغطية التأمينية وانخفاض مستوى التعليم، والبطالة وحالة الأقليات من حيث عنصرها وأصلها العرقي ولغتها، أن يُوجِدَ عقبات كأداء تحول دون الرعاية. والفجوة واسعة فيما يتعلق بالعلاج من الاضطرابات النفسية، ولكنها فجوة كبيرة بشكل خاص بالنسبة إلى المجموعات السكانية الفقيرة.

وعلى نطاق المستويات الاجتماعية الاقتصادية تعّرض الأدوار المتعددة التي تؤديها المرأة في المجتمع النساء لاحتمالات خطر أشد من تلك التي تتعرض لها بقية فئات المجتمع فيما يتعلق بالإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية. فمازالت المرأة تتحمل عبء المسؤولية المرتبطة بأن تكون زوجة وأماً ومعلمة ومسؤولة عن رعاية الآخرين، على الرغم من أن المرأة أخذت تصبح شيئاً فشيئاً عنصراً أساسياً من قوة العمل والمصدر الرئيسي لدخل ما يتراوح بين ربع وثلث عدد الأسر. وبالإضافة إلى الضغوط الواقعة على المرأة بسبب أدوارها المتعاظمة والمتعارضة غالباً فإنها تواجه تمييزاً حديباً قائماً على الجنس، وما يرتبط بذلك من الفقر والجوع وسوء التغذية وتحميلها أعمالاً لا تطيقها والتعرض للعنف المنزلي والجنسي. ومن ثم فلا غرو أن النساء يلجأن أكثر من الرجال إلى تناول الأدوية النفسية التأثير. وتشكل ممارسة العنف ضد المرأة مشكلة اجتماعية كبرى ومشكلة رئيسية من مشاكل الصحة العمومية تصيب النساء من كل الفئات العمرية والخلفيات الثقافية ومستويات الدخل.

وتثير مسألة العنصرية أيضاً قضايا هامة في هذا الخصوص. فعلى الرغم من أنه مازالت هناك بعض الرغبة، في بعض الجهات عن الحديث عن آثار التمييز العنصري والعرقي في الصحة النفسية، تبين البحوث في مجالات علم النفس وعلم الاجتماع

والأنثروبولوجيا أن ثمة صلة بين العنصرية واستمرار المشاكل النفسية. وتبين القرائن المتاحة أن من تمارس العنصرية ضدهم لفترات طويلة تزداد لديهم احتمالات الإصابة بمشاكل نفسية أو تفاقم المشاكل النفسية التي يعانونها. كما تبين أن من يمارسون العنصرية ويستمرون في ممارستها يعانون بالفعل أنواعاً معينة من الاضطرابات النفسية أو تحدث لهم أنواع من هذه الاضطرابات.

وعلى سبيل المثال، يلاحظ أطباء النفس الذين يدرسون العلاقة بين العنصرية والصحة النفسية في المجتمعات التي تنتشر فيها العنصرية، أن هذه الأخيرة يمكن أن تؤدي إلى تفاقم الاكتئاب. وفي استعراض حديث لعشر دراسات خاصة بجماعات عرقية مختلفة في أمريكا الشمالية، شملت ما يزيد مجموعه على 000 15 شخص شملهم أحد الاستبيانات، ثبت بشكل قاطع وجود علاقة مباشرة بين الأوضاع التي تتعرض فيها الناس للاضطهاد العنصري وبين الأزمات النفسية (Williams & Williams-Morris 2000).

ويمكن أيضاً بحث تأثير العنصرية على مستوى الصحة النفسية الجماعية للجماعات والمجتمعات. وقد أذكت العنصرية كثيراً من النظم الاجتماعية الاستبدادية في جميع أنحاء العالم وفي مختلف العصور. وفي التاريخ الحديث مكنت العنصرية السكان البيض في جنوب أفريقيا من تصنيف السكان السود في جنوب أفريقيا على أنهم "العدو"، وبهذا تسنى لهم ارتكاب أفعال كانوا سيعتبرونها، لولا ذلك، مرذولة أخلاقياً.

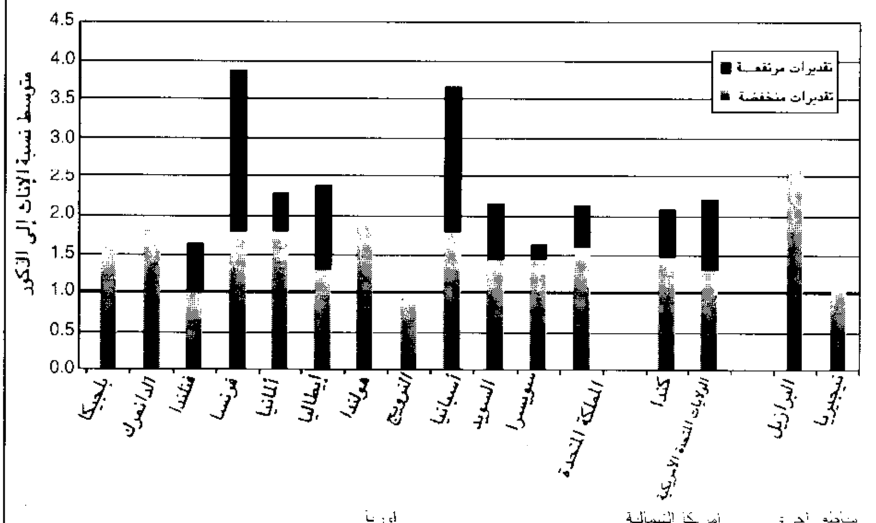
ويعد ما اتسم به التطور التكنولوجي الرائع والسريع في أواخر القرن العشرين عاملاً آخر يرتبط بحدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية. ويتيح هذا التطور، ولاسيما ما حدث من ثورة في مجال الاتصالات، فرصاً هائلة لتحسين نشر المعلومات ومساعدة مستخدميها. وذلك أن الطب البعادي يمكن الآن من تقديم العلاج عن بعد.

ولكن لهذه التطورات أيضاً مساوئها. فهناك قرائن تشير إلى أن للصور التي تبثها وسائل الإعلام تأثيراً في استشراء ظاهرة العنف وفي السلوك الجنسي والاهتمام بالصور الخليعة، في حين تؤدي مشاهدة العنف في ألعاب الفيديو إلى تغذية السلوك العدواني وغير ذلك من الميول العدوانية (Dill & Dill 1998). ويفوق مستوى الإنفاق على الإعلان في العالم مستوى نمو الاقتصاد العالمي بنسبة الثلث. وتلعب حملات التسويق الضارية دوراً لا يستهان به في عولمة تعاطي الكحول والتبغ بين الشباب، مما يزيد من خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية نتيجة لتعاطي المخدرات وما يرتبط بذلك من اعتلالات بدنية (Klein 1999).

الأسلوب المتكامل في الصحة العمومية

تشكل الصلات الأساسية بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية وتطورها رسالة أمل موجهة إلى ملايين الناس الذين يعانون

الشكل 1-5 متوسط معدل تعاطي الإناث الذكور للأدوية النفسية التأثير في بلدان مختارة



ملاحظـــة : يبين الخط الأفقي المعمق عند القيمة 1.0 أين تتساوى النساء والذكور في معدل تعاطي الأدوية ذات التأثير النفساني وفـــوق هذا الخط تتمثل زيادة معدل تعاطي الإناث للأدوية ذات التأثير النفساني على معدل تعاطي الذكور لهذه الأدوية وفيما يتعلق بالبلدان التي أجريت فيها أكثر من دراسة تبين التقديرات المرتفعة والتقديرات المنخفضة بظل مغمق وباللون الرمادي .

المصدر : Gender and the use of medications. a systematic review (2000a). Geneva,. World Health Organization (unpublished working document WHO/GHW).

هذه المشكلات المعوقة. وإذا كان علينا أن نتعلم المزيد في هذا الصدد فإن من الواضح الآن أننا نملك المعارف والقدرات اللازمة للحد بصورة كبيرة من عبء الاضطرابـــات النفسـية والسلوكية في جميع أنحاء العالم.

وهذه الرسالة دعوة إلى العمل على الحد من العبء الـذي يتحمله مـــا يقـــدر بـــــ 450 مليون شخص مصاب باضطرابات نفسية وسلوكية. وبالنظر إلى حدة هذه المشـــكلة والجوانـب المتشعبة لأسبابها والحرج الاجتماعي الذين يصيب المرضى وشدة التمييز ضدهم وقلـــة وســائل علاجهم في جميع أنحاء العالم فإن اتباع نهج خاص يقوم على الصـحة العمومية أنســب طـرق المكافحة في هذا الصدد.

ويمكن تعريف الوصم بأنه تذكير المريض بمرضه وأنه قد لحق به العـــار أو ازدراؤه وتحقيره بما يؤدي إلى تجنب مخالطته وممارسة التمييز ضده واستبعاده من المشاركة فـــي عدد من مجالات المجتمع المختلفة.

ويصف تقرير كبير أطباء الولايات المتحدة الأمريكية (1999) عن الصحــــة النفسـية الأثر الناجم عن الوسم كالتالي: إن الوصم يقوض الثقة التي يشـــعر بـــها المـــرء فـــي أن الاضطرابات النفسية من الأمور العادية وأنها أمراض يمكن علاجها. وهو يدفع الناس إلـــى تجـــنب الدخـــول في عـــلاقات اجتماعية مع المرضى النفسيين أو توظيفهم أو العمل معـهم أو تجنب تأجير بيوت لهم أو العيش بقربهم. وكذلك "يؤدي المزيد من الوصم إلـــى تثبيــط رغبة الناس في دفع مقابل الرعاية، وبهذا يحد الوصم من فرص حصول متلقـــي الخـــدمات

على الموارد والفرص الخاصة بالعلاج والخدمات الاجتماعية . ويؤدي ما يترتب على ذلك من عدم القدرة أو الإخفاق في الحصول على العلاج إلى تعزيز الأنماط الهدامة من قلة الاعتداد بالنفس والانطوائية والقنوط. ويحرم الوصم الناس بصورة فاجعة من صون كرامتهم، كما يحد من مشاركتهم الكاملة في المجتمع."

ومن منظور الصحة العمومية، لا يزال يتعين علينا القيام بالكثير في مجال الحد من عبء الاضطرابات النفسية، إذ علينا أن نقوم بما يلي:

- وضع سياسات القصد منها تحسين صحة المجموعات السكانية النفسية؛
- الحرص على حصول كل الناس على الخدمات المناسبة وذات المردودية، بما في ذلك خدمات التعزيز والوقاية في مجال الصحة النفسية؛
- حماية الحقوق الأساسية للمرضى الذين يعالجون في المؤسسات الاستشفائية والذين يعانون من ضر شديد وتوفير الرعاية المناسبة لهم؛
- تقييم ورصد الصحة النفسية للمجتمعات، بما في ذلك المجموعات السكانية المستضعفة مثل الأطفال والنساء والكهول؛
- تعزيز أنماط الحياة الصحية والتقليل من عوامل الاختطار المتعلقة بالاضطرابات النفسية والسلوكية، مثل تصدع الأسرة، والإيذاء، والقلاقل المدنية؛
- دعم استقرار الحياة الأسرية والتماسك الاجتماعي والتنمية البشرية؛
- تعزيز البحوث في مجال تحديد الأسباب الكامنة وراء الاضطرابات النفسية والسلوكية، واستنباط علاجات ناجعة، ورصد وتقييم نظم الصحة النفسية.

وبقية هذا التقرير مكرسة لهذه القضايا الحيوية. فمن خلال عرض المعلومات العلمية عن الاضطرابات النفسية والسلوكية تأمل المنظمة في الحد من الوصم والتمييز، والاعتراف بأن الصحة النفسية من قضايا الصحة العمومية الملحة. ووجوب اتخاذ الحكومات في جميع أنحاء العالم التدابير الكفيلة بتحسين الصحة النفسية.

ويورد الفصل الثاني أحدث المعلومات الوبائية عن مدى استشراء الاضطرابات النفسية والسلوكية وعبئها وآثارها الاقتصادية في جميع أنحاء العالم.

ويورد الفصل الثالث معلومات عن العلاجات الناجعة التي يمكن إعطاؤها للمصابين باضطرابات نفسية وسلوكية. كما يعرض بإيجاز المبادئ العامة للرعاية واستراتيجيات محددة لعلاج الاضطرابات.

ويعرض الفصل الرابع استراتيجيات تستهدف المسؤولين عن وضع السياسات من أجل تذليل العقبات التي كثيراً ما تصادف تحسين الصحة النفسية في مجتمعاتهم.

ويسلط الفصل الخامس الأضواء على الأنشطة التي يتعين القيام بها على سبيل الأولوية تبعاً للموارد المتاحة.

الاضطرابات النفسية والسلوكية من الحالات الشائعة التي يشكو منها ما يزيد على 25% من الناس كافة في مرحلة ما من حياتهم. وهي أيضاً اضطرابات ذات طابع عام إذ تصيب الناس في كل البلدان والمجتمعات، كما تصيب الأفراد من جميع الفئات العمرية، نساءً ورجالاً، أغنياء وفقراء، سواء كانوا في المدن أو الأرياف. ولهذه الاضطرابات أثر اقتصادي على المجتمعات ونوعية حياة الأفراد والأسر. وهي تصيب نحو 10% من السكان البالغين. ويعاني نحو 20% من كل المرضى الذين يفحصهم الأطباء في مرافق الرعاية الصحية الأولية واحداً أو أكثر من تلك الاضطرابات. وهناك أسرة من كل أربع أسر فيها ما لا يقل عن فرد واحد عرضة للإصابة بأحد الاضطرابات النفسية والسلوكية. وهذه الأسر لا تبذل دعمها المادي والمعنويّ فحسب ولكنها تتحمل أيضاً الآثار السلبية الناجمة عن ذلك من ضياع اجتماعية وتمييز. وتشير التقديرات إلى أنه في عام 1990 تسببت الاضطرابات النفسية والعصبية في ضياع 10% من إجمالي سنوات العمر الضائعة المصححة باحتساب مدد العجز نتيجة الأمراض والإصابات كافة. وبلغت هذه النسبة 12 في عام 2000. وبحلول عام 2020 يُتوقع أن يزداد عبء هذه الأمراض إلى 15%. ومن الاضطرابات الشائعة، التي تؤدي إلى حدوث حالات عجز شديد الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات المتعلقة بالإدمان والفصام والصرع ومرض آلزهايمر والتخلف العقلي واضطرابات مرحلتي الطفولة والمراهقة. ومن العوامل التي تؤثر في انتشار الاضطرابات النفسية والسلوكية وحدوثها وتطورها الفقر والجنس والسن والنزاعات والكوارث والأمراض البدنية الرئيسية والمحيط الأسري والاجتماعي.

2

عبء الاضطرابات النفسية والسلوكية

التعـرف على الاضـطرابات

الاضطرابات النفسية والسلوكية هي أمراض ذات أهمية سريرية من سماتها تقلب الأفكار أو المزاج (الانفعالات) أو السلوك، وترتبط بضائقة شخصية مع أو بدون حدوث خلل في الوظائف الدماغية. وهي ليست مجرد تغيرات ضمن الحدود "العادية" ولكنها ظواهر شاذة أو مرضية. ولا يعني شذوذ السلوك أو تقلب المزاج القصير الأمد في حد ذاتهما الإصابة بأحد الاضطرابات النفسية أو السلوكية. ومن أجل تصنيف حالات الشذوذ هذه في جملة الاضطرابات يجب أن تكون مستمرة أو أن تحدث بشكل متكرر وتؤدي إلى ضائقات شخصية أو خلل في الأداء في مجال أو أكثر من مجالات الحياة. وتتسم الاضطرابات النفسية والسلوكية أيضاً بأعراض وعلامات معينة، وهي تتبع عادة مساراً يتسم بمجموعة أعراض عادية يمكن تقريباً التنبؤ بها ما لم تجر التدخلات اللازمة. وليست كل ضائقة تعتري الإنسان اضطراباً نفسياً. فقد يتعرض الأفراد للأزمات نتيجة ظروف شخصية أو اجتماعية، وما لم تنطبق جميع المعايير الأساسية الخاصة باضطراب معين فإن هذه الضائقات لا تعد اضطراباً نفسياً. وهناك، على سبيل المثال، فرق بين المزاج الاكتئابي والاكتئاب الذي يمكن تشخيصه (انظر الشكل 1-3).

ويمكن أن تؤثر طرق التفكير والسلوك المختلفة في البيئات الثقافية على طريقة ظهور أعراض الاضطرابات النفسية، ولكنها ليست، في حد ذاتها، علامة على حدوث الاضطرابات.

وتورد *المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الوصف السريري والمبادئ التوجيهية للتشخيص* (WHO 1992b) قائمة كاملة بجميع الاضطرابات النفسية والسلوكية (انظر الإطار 2-1). وهناك معايير تشخيص إضافية متاحة للبحوث من أجل تعريف أدق لهذه الاضطرابات (WHO 1993a).

ويصنف أي تصنيف للاضطرابات النفسية المتلازمات والأمراض، دون أن يصنف الأفراد. فقد يعاني أي شخص من اضطراب واحد أو أكثر خلال مرحلة عمرية، من مرحلة

يضم تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية والإرشادات التشخيصية في التصنيف الدولي للأمراض ICD-10 قائمة شاملة لجميع الاضطرابات النفسية والسلوكية[1]. وهناك معايير تشخيص بحثية متاحة بغية وضع تعريف أدق لهذه الاضطرابات[2]. وقد تم وضع هذه المواد، التي يمكن تطبيقها في مختلف الثقافات، انطلاقا من الفصل الخامس القسم (F) من *المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض* (ICD-10)[3] وذلك بفضل استعراض الكتابات العلمية استعراضاً علمياً وإجراء مشاورات والتوفيق بين الآراء على الصعيد العالمي. ويتناول الباب الخامس من التصنيف الدولي للأمراض ICD-10 الاضطرابات النفسية والسلوكية دون غيرها. ولا يقتصر الباب الخامس على إعطاء أسماء الأمراض والاضطرابات بل يذهب أبعد من ذلك إذ يقدم الأوصاف السريرية والإرشادات التشخيصية إلى جانب معايير التشخيص لأغراض البحوث. وفيما يلي الفئات العامة للاضطرابات النفسية والسلوكية الواردة في التصنيف الدولي للأمراض.

- **الاضطرابات النفسية العضوية، بما في ذلك الاضطرابات المترافقة بأعراض** مثال: خرف آلزهايمر – الخرف الكهلي، الهذيان.
- **الاضطرابات النفسية والسلوكية نتيجة استخدام مواد نفسية التأثير** مثال: تعاطي الكحول، متلازمة الاعتماد على الأفيونيات.
- **الفصام والاضطرابات الفصامية النمط والاضطرابات التوهمية** مثال: الفصام الزوراني، الاضطرابات التوهمية، الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة.
- **اضطرابات المزاج [الاضطرابات الوجدانية]** مثال: الاضطراب العاطفي ثنائي القطب، نائبة اكتئابية.
- **الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب والاضطرابات الجسدية الشكل** مثال: الاضطرابات القلقية المعممة، الاضطراب الوسواسي القهري.
- **المتلازمات السلوكية المرتبطة باضطرابات وظيفية وعوامل بدنية** مثال: اضطرابات الأكل، اضطرابات النوم غير العضوية.
- **اضطرابات في شخصية وسلوكيات البالغ** مثال: اضطراب الشخصية الزورانية، اضطرابات هوية الجنس.
- **التخلف العقلي** مثال: التخلف العقلي الخفيف.
- **اضطرابات النماء النفسي** مثال: اضطرابات نوعية في القراءة، والذاتوية.
- **اضطرابات سلوكية وعاطفية تكون بدايتها غالبا في مرحلة الطفولة أو المراهقة** مثال: اضطرابات فرط الحركة، اضطرابات التصرف، اضطرابات تتميز بحدوث عرّات.
- **الاضطرابات النفسية غير المحددة.**

يقع التركيز في هذا التقرير على مجموعة مختارة من الاضطرابات التي غالباً ما تتسبب في إعاقة خطيرة في حال عدم معالجتها على نحو سليم والتي تضع عبئاً هائلاً يثقل كاهل المجتمعات. ويذكر على سبيل المثال لا الحصر: الاضطرابات الاكتئابية، اضطرابات استخدام الأدوية، الفصام، الصرع، داء آلزهايمر، تأخر النماء النفسي، اضطرابات الطفولة والمراهقة. ويرد لاحقاً في هذا الفصل السبب وراء إدراج الصرع في هذا الإطار.

وقد أدرجت بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية والعصبية تحت عنوان "الاضطرابات النفسية العصبية" في الملحق الإحصائي الوارد في هذا التقرير. وهذه الفئة تشمل الاكتئاب الكبير الأحادي القطب والاضطراب العاطفي الثنائي القطب، والذهانات والصرع وإدمان الكحول ومرض آلزهايمر وغيره من حالات العته وداء باركنسون وإدمان المخدرات واضطرابات الكرب التالي للإصابات واضطرابات الوسواس القهري واضطراب الهلع والشقيقة واضطرابات النوم.

1. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (1992b). Geneva, World Health Organization.
2. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (1993a). Geneva, World Health Organization.
3. التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات العلاقة، المراجعة العاشرة 1992 الجزء الأول: القائمة المفصلة. الجزء الثاني: دليل التعليمات. الجزء الثالث: الفهرس الأبجدي (1992 أ). جنيف، منظمة الصحة العالمية الاسكندرية ــ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

ما أو أكثر ولكن التشخيص لا ينبغي أن يستخدم لوضع علامة فارقة على أي شخص. ولا ينبغي أبداً المساواة بين الفرد والاضطراب، بدنياً كان أو نفسياً.

تشخيص الاضطرابات

يتم تحديد الاضطرابات النفسية والسلوكية وتشخيصها باستخدام أساليب شبيهة بتلك المستخدمة بالاضطرابات البدنية. وتشمل تلك الأساليب جمع المعلومات التفصيلية على نحو منهجي من الذين يعنيهم الأمر ومن غيرهم، بما في ذلك الأسر؛ والفحص السريري المنهجي للحالة النفسية؛ والاختبارات والفحوص التخصصية إذا لزم الأمر. وقد تحقق تقدم في العقود الأخيرة في فرض معايير ومقاييس حول التقييمات السريرية وتحسين موثوقية التشخيص. وبفضل الجداول الزمنية المنظمة للزيارات الطبية، والتعاريف الموحدة للأعراض والعلامات، ومعايير التشخيص القياسية تم تحقيق درجة عالية من الموثوقية والصحة في تشخيص الاضطرابات النفسية. وبفضل تلك الزيارات والاستبيانات التشخيصية يمكن لأخصائيي الصحة النفسية جمع المعلومات عن طريق طرح أسئلة نموذجية ووضع إجابات محددة الدلالة سلفا. وحُددت الأعراض والعلامات بالتفصيل للتمكين من تطبيقها بشكل موحد. وأخيراً، جرى التوحيد القياسي دولياً لمعايير تشخيص الاضطرابات. وعليه يمكن الآن تشخيص الاضطرابات النفسية بنفس مستوى موثوقية ودقة تشخيص معظم الاضطرابات البدنية الشائعة. ويتراوح الاتفاق بين خبيرين في تشخيص الاضطرابات بين 0,7 و0,9 في المتوسط (Wittchen et al. 1991; Wing et al. 1974; WHO 1992; APA 1994; Andrews et al. 1995) . وهذه الأرقام هي ذاتها الأرقام الخاصة بالاضطرابات البدنية، مثل السكري وفرط ضغط الدم أو مرض الشريان التاجي.

ولما كان التشخيص الموثوق أمرا أساسيا للتدخل المناسب على المستوى الفردي، وبالنسبة لدقة التحري الوبائي وعملية الرصد على مستوى المجتمع، فقد أدى التقدم المحرز في أساليب التشخيص إلى تسهيل تطبيق المبادئ السريرية ومبادئ الصحة العمومية بصورة كبيرة على مجال الصحة النفسية.

انتشار الاضطرابات

ليست الاضطرابات النفسية قدراً مقدوراً يقتصر على أية مجموعة بعينها؛ فهي ذات أبعاد عالمية بحق. والاضطرابات النفسية والسلوكية تصيب الناس في كل المناطق والبلدان والمجتمعات. وهي تصيب النساء والرجال في جميع مراحل العمر. كما تصيب الأغنياء والفقراء وسكان الحضر والريف. ومن الخطأ القول بأن الاضطرابات النفسية إنما هي حكر

على المناطق الصناعية في العالم والأغنى نسبيا. كما أن من الخطل أن نعتقد أن المجتمعات الريفية، لا تحدث فيها تلك الاضطرابات نظرا لبعدها النسبي عن التأثر بدوامة الحياة العصرية.

وتبين التحليلات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية، في الآونة الأخيرة، أن معدل انتشار الأمراض النفسية العصبية والتي تضمنت مجموعة مختارة من هذه الاضطرابات، يبلغ نحو 10% للبالغين (GBD 2000). وتشير التقديرات إلى أن هناك نحو 450 مليون شخص يعانون أمراضا نفسية عصبية. وتشمل هذه الأمراض الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب، والاضطراب الانفعالي الثنائي القطب، والفصام، والصرع، وإدمان الكحول، وتعاطي بعض المخدرات، ومرض آلزهايمر، وسائر حالات العته، وحالات الكرب التي تلي الإصابات، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب الهلع، واضطراب الأرق الأولي.

وتختلف معدلات الانتشار حسبما إذا كان هذا الانتشار يتعلق بأشخاص يصيبهم المرض في وقت محدد (الانتشار في نقطة ما) أو بأشخاص يصيبهم المرض في أي وقت محدد من فترة ما (الانتشار لفترة زمنية) أو بأشخاص يصيبهم المرض في أي وقت من حياتهم (الانتشار طوال الحياة). وعلى الرغم من اقتباس الأرقام الخاصة بالانتشار في نقطة ما غالباً في هذا التقرير فإن إيراد الأرقام الخاصة بالانتشار لفترة سنة واحدة أفيد في الدلالة على عدد من قد يحتاجون إلى الخدمات خلال سنة واحدة. كما تتفاوت الأرقام الخاصة بالانتشار حسب مفهوم وتعريف الاضطرابات المشمولة بالدراسة. فعند إدراج كل الاضطرابات المذكورة في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (انظر الإطار 2-1) كانت معدلات الانتشار أعلى. وتبين المسوح التي أجريت في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية أن أكثر من 25% من الأفراد يحدث لهم اضطراب واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية أو السلوكية (Regier et al. 1988؛ Wells et al. 1989؛ Almeida-Filho et al. 1997).

وخلصت معظم الدراسات إلى أن معدل الانتشار العام للاضطرابات النفسية أعلى بين النساء منه بين الرجال. بيد أن قدراً كبيراً من هذا الاختلاف يُعزى إلى تفاوت توزّع الاضطرابات. وتعد الاضطرابات النفسية الوخيمة من الأمور الشائعة، تقريباً، بين كلا الجنسين باستثناء الاكتئاب الذي يصيب المرأة أكثر مما يصيب الرجل والإدمان الذي يشيع أكثر عند الرجال.

ويتناول هذا الفصل لاحقا بالنقاش العلاقة بين الفقر والاضطرابات النفسية.

الاضطرابات الملاحظة في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية

تشيع الاضطرابات النفسية والسلوكية بين المرضى الذين يترددون على مؤسسات الرعاية الصحية الأولية. ومن المفيد تقييم مدى ونمط هذه الاضطرابات في تلك المؤسسات نظراً لإمكانية التعرف على الأفراد المصابين بتلك الاضطرابات وتقديم الرعاية اللازمة لهم في هذا المستوى.

وقد استندت الدراسات الوبائية التي أجريت في مؤسسات الرعاية الأولية إلى تحديد الاضطرابات النفسية باستخدام أدوات الفحص أو التشخيص السريري من قبل أخصائيي الرعاية الأولية أو عن طريق المقابلات الخاصة بالتشخيص النفسي. وقد استخدمت الدراسة الشاملة لمختلف البيئات الثقافية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية في 14 موقعاً (Ustun & Sartorius 1995; Goldberg & Lecrubier 1995) ثلاثة أساليب تشخيصية مختلفة تتمثل في طريقة الفحص السريع، وإجراء مقابلات منظمة مفصلة، والتشخيص السريري على يد طبيب من أطباء الرعاية الأولية. وعلى الرغم من الاختلاف الكبير في معدل انتشار الاضطرابات النفسية في المواقع فإن النتائج تثبت بوضوح أن نسبة كبيرة (نحو 24%) من جميع المرضى في تلك المؤسسات تعاني اضطرابا نفسيا (انظر الجدول 2-1). ومن أشيع الاضطرابات المشخصة في مؤسسات الرعاية الأولية الاكتئاب والقلق وإدمان المخدرات.

الجدول 2-1 معدلات انتشار الاضطرابات النفسية الرئيسية ، في إطار الرعاية الصحية الأولية

المدينة	الاكتئاب الحالي (%)	القلق العام (%)	إدمان الكحول (%)	جميع الاضطرابات النفسية (حسب الزيارة الطبية الدولية المركبة) (%)
أنقرة، تركيا	11.6	0.9	1.0	16.4
أثينا، اليونان	6.4	14.9	1.0	19.2
بانغالور، الهند	9.1	8.5	1.4	22.4
برلين، ألمانيا	6.1	9.0	5.3	18.3
غرونينغن، هولندا	15.9	6.4	3.4	23.9
إيبادان، نيجيريا	4.2	2.9	0.4	9.5
مينز، ألمانيا	11.2	7.9	7.2	23.6
مانشستر، المملكة المتحدة	16.9	7.1	2.2	24.8
ناغازاكي، اليابان	2.6	5.0	3.7	9.4
باريس، فرنسا	13.7	11.9	4.3	26.3
ريو دي جانيرو، البرازيل	15.8	22.6	4.1	35.5
سانتياغو، شيلي	29.5	18.7	2.5	52.5
سياتل، الولايات المتحدة الأمريكية	6.3	2.1	1.5	11.9
شنغهاي، الصين	4.0	1.9	1.1	7.3
فيرونا، ايطاليا	4.7	3.7	0.5	9.8
المجموع	**10.4**	**7.9**	**2.7**	**24.0**

المصدر: Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO:323-334.

وتحدث هذه الاضطرابات إما منفردة أو بالاقتران مع اضطراب بدني أو أكثر. وليست هناك اختلافات ثابتة في معدلات الانتشار بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية.

الأثر الناجم عن الاضطرابات

للاضطرابات النفسية والسلوكية أثر بالغ على الأفراد وعلى أسرهم ومجتمعاتهم. ولا يعانى الفرد فحسب من الأعراض المؤلمة المرتبطة بالاضطرابات بل يعاني أيضاً من عدم القدرة على المشاركة في الأنشطة المهنية أو الترفيهية نتيجة للتمييز الذي يمارس ضده في أغلب الأحيان. وهو يشعر بالخوف لعدم قدرته على الاضطلاع بمسؤولياته تجاه أسرته وأصدقائه ويخشى أن يكون عبئاً على غيره.

وتشير التقديرات إلى أن ربع الأسر تضم فردا واحداً على الأقل يعاني اضطراباً نفسياً أو سلوكياً. ولا يتعين على هذه الأسر تقديم الدعم المادي والمعنوي للمريض فحسب بل يتعين عليها أيضاً تحمل عبء الوصم والتمييز اللذين يوجدان في جميع أنحاء العالم. وعلى الرغم من أن العبء الناجم عن رعاية الفرد المصاب باضطراب نفسي أو سلوكي ضمن الأسرة لم يحظ بدراسة كافية فإن القرائن المتاحة تشير إلى فداحة هذا العبء (Pai & Kapur 1982; Fadden et al. 1987; Winefield & Harvey 1994). وإلى جانب العبء المالي الواقع على الأسر هناك العبء الناجم عن الانفعالات العاطفية المقترنة بالمرض والكرب الناجم عن سلوك الفرد المصاب واختلال النظام الأسري اليومي والقيود على الأنشطة الاجتماعية (WHO 1997a). وكثيراً ما تتحمل الأسرة نفقات علاج المرض النفسي إما لعدم وجود تأمين صحي وإما لعدم تغطية التأمين الصحي للاضطرابات النفسية.

وفضلاً عن الآثار المباشرة لا بد من مراعاة كل ما يجعل الأسرة تزهد في شيء ما بسبب المرض. فالأسر التي يعاني أحد أفرادها اضطراباً نفسياً تضطر إلى التكيف وإلى اعتماد حلول وسط تحول دون تحقيق سائر أفرادها كامل امكاناتهم في العمل والعلاقات الاجتماعية وأوقات الفراغ (Gallagher & Mechanic 1996). وهذا هو البعد الإنساني الناجم عن عبء الاضطرابات النفسية وهو أمر يصعب تقييمه وقياسه على أهميته. ويتعين على أفراد الأسر غالباً تكريس جزء كبير من أوقاتهم للاعتناء بأقربائهم المرضى، كما أنهم يعانون ضوائق اقتصادية وحرجاً اجتماعياً من جرّاء عدم قدرتهم التامة على الإنتاج. كما أن أسرهم تعيش دائماً نهباً للقلق وتوجساً من انتكاسة قد تأتي فجأة لتشوش على الأسرة حياتها وتفقدها الطمأنينة.

والاضطرابات النفسية تؤثر أيضاً تأثيراً بالغاً ومتعدد الأبعاد في المجتمعات. فهناك تكلفة الحصول على خدمات الرعاية وضياع الإنتاج وبعض المشاكل القانونية (ومنها العنف) مما يرتبط ببعض الاضطرابات النفسية، على الرغم من أن الأفراد "العاديين" هم الذين يتسببون في العنف أكثر مما يتسبب فيه المصابون باضطرابات نفسية.

وهناك نوع محدد من الأعباء ألا وهو العبء الصحي. وهو يقاس تقليدياً ـ في الإحصاءات الصحية الوطنية والدولية ـ من حيث حدوث المرض أو انتشاره أو معدل الوفيات فحسب. ولئن كانت هذه المؤشرات تناسب بصورة جيدة الأمراض الحادة التي تنتهي بالموت أو تلك التي يتم الشفاء التام منها فإنها لا تنطبق إلاّ قليلاً على الأمراض المزمنة والمعقدة. وينطبق هذا بوجه خاص على الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تؤدي في أغلب الأحيان إلى الإعاقة بدلاً من أن تؤدي إلى الموت المبكر. وهناك طريقة لبيان أسباب إزمان الاضطرابات والعجز الناجم عنها هي المنهجية المستخدمة في تقييم عبء المرض العالمي. ويرد في الإطار 2-2 وصف لتلك المنهجية بالنسبة لعام 2000. وورد في التقديرات الأصلية التي أعدت لعام 1990 أن الاضطرابات النفسية والعصبية تتسبب في 10,5% من إجمالي عدد المفقود من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز نتيجة كل الأمراض والإصابات. ويشير الرقم لأول مرة على ارتفاع نسبة هذا العبء المرتبط بتلك الاضطرابات. وتبلغ التقديرات الخاصة بعام 2000، نسبة 12,3% فيما يتعلق بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (انظر الشكل 2-1). وتحتل هذه الأمراض العصبية الصدارة بين الأسباب الرئيسية العشرين الكامنة وراء سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بالنسبة لجميع الفئات العمرية، وتحتل المرتبة السادسة في الفئة العمرية 15-44 سنة (انظر الشكل 2-2). وفي حساب سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز أكدت التقديرات الحديثة الواردة من أستراليا والمستندة إلى طرق صارمة وإلى مختلف مصادر البيانات أن الاضطرابات النفسية تشكل السبب الرئيسي لعبء العجز (Vos & Mathers 2000). ويتضح من تحليل أجري للاتجاهات السائدة أن هذا العبء سيزداد على نحو سريع في المستقبل. وتبين الإسقاطات أنه سيزيد إلى 15% في عام 2020 (Murray & Lopez 1996a). ويرد في الشكل 2-1 بيان نسبة سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز وسنوات العمر المعاشة مع العجز فيما يخص الأمراض النفسية العصبية على الصعيدين العالمي والإقليمي.

وإذا تم تناول عنصر العجز وحده فإن الأمراض النفسية والعصبية تمثل، حسب التقديرات الخاصة بعبء المرض العالمي، 2000، ما مقداره 30,8% من جميع سنوات العمر المعاشة مع العجز. والواقع أن الاكتئاب يسبب أكبر قدر من العجز كما يعزى اليه ما يربو على 12% من جميع حالات العجز. وتأتي في صدارة أسباب العجز العشرين في العالم (سنوات العمر المعاشة مع العجز) ستة أمراض نفسية، هي الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب، والاضطرابات ذات الصلة بتعاطي الكحول، والفصام، والاضطرابات الانفعالية الثنائية القطب، ومرض آلزهايمر وسائر أشكال العته، والصداع النصفي (انظر الشكل 2-3).

ومعدل العجز الناجم عن الاضطرابات النفسية والعصبية مرتفع في جميع مناطق العالم. بيد أنه أقل نسبيا في البلدان النامية كنسبة من الإجمالي، ويعزى هذا الأمر أساسا إلى ما تمثله الأمراض السارية وأمراض الأمومة ومرحلة ما حول الولادة والأمراض التغذوية

من عبء جسيم في تلك المناطق. غير أن الاضطرابات النفسية العصبية تعد السبب وراء 17,6% من إجمالي عدد سنوات العمر المعايشة مع العجز في أفريقيا.

وهناك درجات متفاوتة من الارتياب التي تكتنف تقديرات سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز وسنوات العمر المُعَاشَة مع العجز التي تم حسابها في تقدير الاضطرابات النفسية والعصبية في عام 2000 ، مما يجسد الارتياب فيما يتصل بمعدلات انتشار مختلف الأمراض في مختلف مناطق العالم ، والارتياب في تفاوت وخامتها. وهناك بوجه خاص قدر كبير من الارتياب يكتنف التقديرات الخاصة بانتشار الاضطرابات النفسية

الإطار 2-2 عبء المرض العالمي، 2000

في سنة 1993 أجرى معهد هارفارد للصحة العمومية، بالتعاون مع البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، تقييماً لعبء المرض العالمي.[1] ولم تسمح هذه الدراسة فقط بإعداد أشمل التقديرات وأكثرها اتساقاً على الإطلاق للوفاة وعبء المرض حسب السن ونوع الجنس والإقليم بل إنها استحدثت أيضاً مقياساً جديداً لقياس عبء المرض هو سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز.[3,2] وحساب سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز هو مقياس للفجوة الصحية يتضمن معلومات عن تأثير الوفاة قبل الأوان وتأثير العجز وسائر النتائج الصحية غير المميتة. ويمكن اعتبار السنة المحسوبة بهذا المقياس سنة مفقودة من الحياة التي يقضيها المرء موفور الصحة، واعتبار عبء المرض مقياساً للفجوة بين الحالة الصحية الراهنة وبين الحالة الصحية المثالية التي يحيا فيها كل فرد عمراً طويلاً دون مرض ولا عجز. ولأغراض استعراض تطور سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز والتطورات الأخيرة في قياس عبء المرض انظر Murray & Lopez (2000).[4]

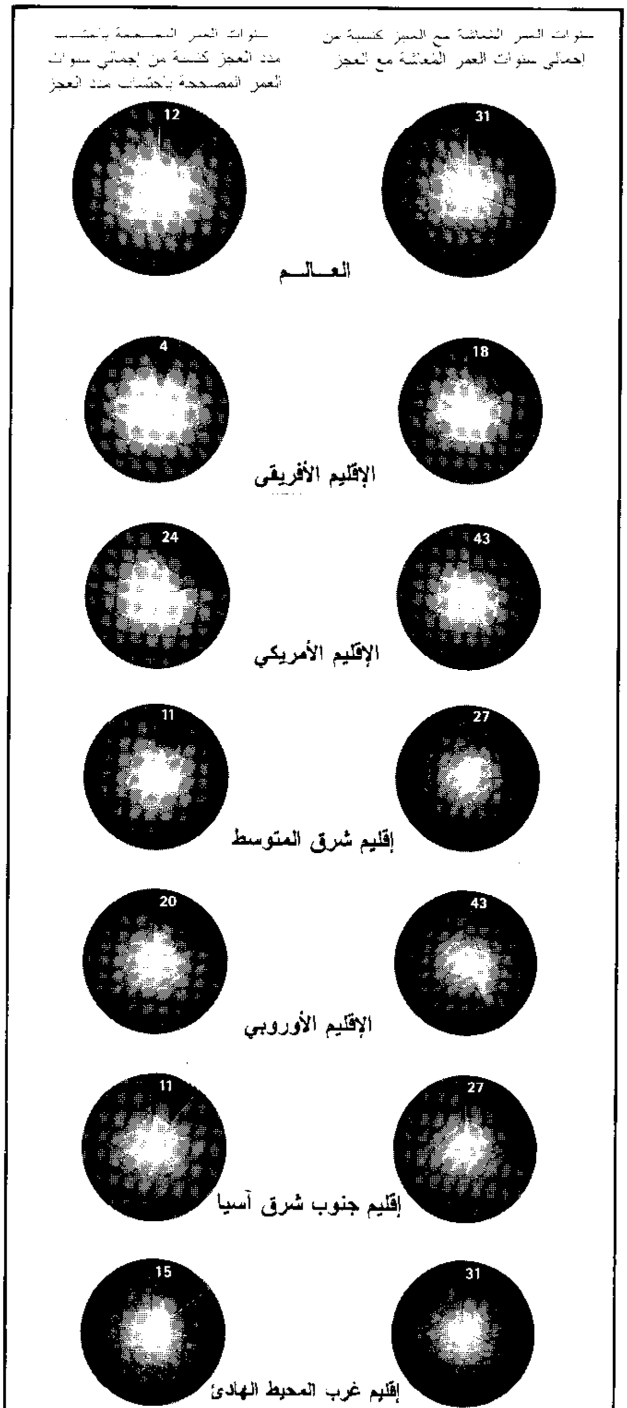
وتجري منظمة الصحة العالمية تقييما جديدا لعبء المرض العالمي لعام 2000 بالأهداف المحددة التالية:

- القياس الكمي لعبء الوفاة قبل الأوان والعجز حسب السن والجنس والإقليم فيما يتصل بما مجموعه 135 سبباً رئيسياً أو مجموعة أسباب رئيسية؛
- تحليل دور عوامل اختطار مختارة في هذا العبء باستخدام إطار مقارن؛
- وضع سيناريوهات إسقاطات مختلفة لعبء المرض خلال السنوات الثلاثين القادمة.

وسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بالنسبة إلى مرض ما هي عدد سنوات العمر المفقودة نتيجة الوفاة قبل الأوان لدى السكان، وسنوات العمر المفقودة نتيجة العجز فيما يتعلق بحالات الإصابة العرضية بالأمراض. وتعد سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز مقياساً للفجوة الصحية التي توسع نطاق مفهوم سنوات العمر المحتمل فقدانها نتيجة الوفاة قبل الأوان ليشمل ما يعادلها من سنوات العمر المُعَاشَة في صحة جيدة والمفقودة في حالات عدم التمتع بالصحة التامة، وهو ما يطلق عليه عموما مصطلح العجز. وتستند نتائج تقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000 فيما يخص الاضطرابات العصبية النفسية، الواردة في هذا التقرير، إلى تحليل واسع النطاق للبيانات الخاصة بالوفيات فيما يتعلق بجميع أقاليم العالم، إلى جانب مراجعات منتظمة للدراسات الوبائية ومسوحات الصحة النفسية القائمة على السكان، وستنشر النتائج النهائية لتقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000 في سنة 2002.

1. World Bank (1993). *World development report 1993: investing in health.* New York, Oxford University Press for the World Bank.
2. Murray CJL, Lopez AD, eds (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020* Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.I).
3. Murray CJL, Lopez AD, (1996b). *Global health statistics. Cambridge,* MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.II).
4. Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics, 9:69-82.*

الشكل 2-1 عبء الأمراض العصبية النفسية كنسبة من العبء الإجمالى الناجم عن المراضة على الصعيد العالمي وفي أقـاليم المنظمة، تقديرات عام 2000



ملاحظة: انظر الجدول 3 في الملحق للإطلاع على قائمة كاملة بالأمراض العصبية النفسية

في مناطـق عـديدة مما يجسـد عـدم دقـة وسـائل التبليغ الذاتـي المسـتخدمة فـي تصنيف أعـراض اضطرابات الصحة النفسية بطريقة مماثـلة للطريقة المتبعة فيما يخص المجموعات السكانية والمشاكل التي تواجه تعميم المسوحات الخاصة بالمجموعات السكانية الفرعيـة علـى مجمـوعات سـكانية أكـبر، وقلـة المعلومـات المتاحـة لتصـنيف وخـامة أعراض الأمراض النفسـية المسببة للعجز.

التكاليف الاقتصادية التي يتكبدها المجتمع

إن الآثار الاقتصادية المترتبـة علـى الاضطرابـات النفسية عميقة وطويلة المدى وهائلة. وهـذه الاضطرابـات تفرض مجموعة مـن التكـاليف علـى الأفـراد والأسـر والمجتمعات ككل. وبعض هذه التكاليف واضح وقابل للقياس أما البعض الآخر فيكاد يكون من المستحيل تحديده. ومـن التكاليف الأولى تكلفة الخدمات الصحية والاجتماعية، وفقدان الوظائف، وانخفاض الانتاجية، والأثر الواقع على الأسـر ومقدمي خدمات الرعاية، ومعدلات الجريمة وفقدان الأمن، والوفيات المبكرة.

وقد تم، في البلدان الصناعية، أساساً، تقدير إجمـالي التكاليف الاقتصادية الناجمة عـن الاضطرابـات النفسـية. وخلصت إحدى هذه الدراسات (Rice et al. 1990) إلـى أن إجمالي التكلفة السنوية في الولايات المتحدة الأمريكية يبلـغ نحو 2,5% من الناتج القومي الإجمـالي. وأجريـت بعـض دراسات في أوروبا لتحديد نسبة الإنفاق على الاضطرابـات النفسية في مجموع ما ينفق على الخدمات الصحية، فبلغـت هذه النسبة 23,2% فـي هولنـدا (Meerding et al. 1998) و22% في المملكة المتحدة حيث لم تؤخذ في الحسبان سـوى الأمـوال المنفقة على دخول المستشـفيات والإقامـة بـها (Patel & Knapp 1998). ولا توجد أية تقديرات علمية فيما يخص بقية مناطق العالم، إلاّ أن تكـاليف الاضطرابـات النفسـية قد تشكل جزءاً هاماً مـن التكلفـة الاقتصاديـة العامة هناك أيضاً. وعلى الرغم من أن تقديرات التكـاليف المباشرة قد تكون منخفضة في البلدان التي تكون فيها

الشكل 2-2 الأسباب الرئيسية لسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، في جميع الأعمار وفي الفئة العمرية 15-44 سنة، حسب الجنس، تقديرات عام 2000[أ]

	كلا الجنسين، جميع الأعمار	% من المجموع		الذكور، جميع الأعمار	% من المجموع		الإناث، جميع الأعمار	% من المجموع
1	عدوى المسالك التنفسية السفلية	6.4	1	أمراض فترة ما حول الولادة	6.4	1	الإيدز والعدوى بفيروسه	6.5
2	أمراض فترة ما حول الولادة	6.2	2	عدوى المسالك التنفسية السفلية	6.4	2	عدوى المسالك التنفسية السفلية	6.4
3	الإيدز والعدوى بفيروسه	6.1	3	الإيدز والعدوى بفيروسه	5.8	3	أمراض فترة ما حول الولادة	6.0
4	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	4.4	4	أمراض الإسهال	4.2	4	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	5.5
5	أمراض الإسهال	4.2	5	المرض القلبي الإقفاري	4.2	5	أمراض الإسهال	4.2
6	المرض القلبي الإقفاري	3.8	6	حوادث المرور	4.0	6	المرض القلبي الإقفاري	3.3
7	الأمراض المخية الوعائية	3.1	7	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	3.4	7	الأمراض المخية الوعائية	3.2
8	حوادث المرور	2.8	8	الأمراض المخية الوعائية	3.0	8	الملاريا	3.0
9	الملاريا	2.7	9	السل	2.9	9	حالات الشذوذ الخلقية	2.2
10	السل	2.4	10	الملاريا	2.5	10	مرض الرئة الانسدادي المزمن	2.1
11	مرض الرئة الانسدادي المزمن	2.3	11	مرض الرئة الانسدادي المزمن	2.4	11	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	2.1
12	حالات الشذوذ الخلقية	2.2	12	حالات الشذوذ الخلقية	2.2	12	السل	2.0
13	الحصبة	1.9	13	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول	2.1	13	الحصبة	2.0
14	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	1.8	14	الحصبة	1.8	14	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	1.7
15	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	1.7	15	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	1.8	15	حوادث المرور	1.5
16	حالات السقوط	1.3	16	العنف	1.6	16	الالتهاب العظمي المفصلي	1.4
17	الإصابات الذاتية	1.3	17	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	1.5	17	سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	1.2
18	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول	1.3	18	حالات السقوط	1.5	18	الإصابات الذاتية	1.1
19	سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	1.1	19	الإصابات الذاتية	1.5	19	السكري	1.1
20	الالتهاب العظمي المفصلي	1.1	20	تليف الكبد	1.4	20	حالات السقوط	1.1

	كلا الجنسين، 15-44 سنة	% من المجموع		الذكور، 15-44 سنة	% من المجموع		الإناث، 15-44 سنة	% من المجموع
1	الإيدز والعدوى بفيروسه	13.0	1	الإيدز والعدوى بفيروسه	12.1	1	الإيدز والعدوى بفيروسه	13.9
2	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	8.6	2	حوادث المرور	7.7	2	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	10.6
3	حوادث المرور	4.9	3	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	6.7	3	السل	3.2
4	السل	3.9	4	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول	5.1	4	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	3.2
5	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول	3.0	5	السل	4.5	5	الفصام	2.8
6	الإصابات الذاتية	2.7	6	العنف	3.7	6	الولادة المُعرقلة	2.7
7	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	2.6	7	الإصابات الذاتية	3.0	7	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	2.5
8	الفصام	2.6	8	الفصام	2.5	8	الإجهاض	2.5

9	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	2.5	9	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	2.4	9	الإصابات الذاتية	2.4
10	العنف	2.3	10	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	2.1	10	النفاس	2.1
11	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	2.0	11	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	2.0	11	حوادث المرور	2.0
12	مرض الرئة الانسدادي المزمن	1.5	12	المرض القلبي الإقفاري	1.9	12	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	2.0
13	المرض القلبي الإقفاري	1.5	13	الحروب	1.7	13	داء المتدثرات	1.9
14	الأمراض المخية الوعائية	1.4	14	حالات السقوط	1.7	14	الاضطرابات الهلعية	1.6
15	حالات السقوط	1.3	15	تليف الكبد	1.6	15	مرض الرئة الانسدادي المزمن	1.5
16	الولادة المُعرقلة	1.3	16	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات	1.6	16	النزف الدموي	1.5
17	الإجهاض	1.2	17	الأمراض المخية الوعائية	1.5	17	الالتهاب العظمي المفصلي	1.4
18	الالتهاب العظمي المفصلي	1.2	18	مرض الرئة الانسدادي المزمن	1.5	18	الأمراض المخية الوعائية	1.3
19	الحروب	1.2	19	الربو	1.4	19	الصداع النصفي	1.2
20	الاضطرابات الهلعية	1.2	20	حالات الغرق	1.1	20	المرض القلبي الإقفاري	1.1

[أ] تم تظليل الأمراض العصبية النفسية والإصابات الذاتية (انظر الملحق 3).

خدمات رعاية الصحة النفسية نادرة أو نسبة التغطية بها ضعيفة، فإن هذه التقديرات غير منطقية. فالتكاليف غير المباشرة الناتجة عن فقدان الإنتاجية تشكل نسبة من التكاليف الإجمالية أكبر من نسبة التكاليف المباشرة. وعلاوة على ذلك، قد يؤدي انخفاض تكاليف العلاج (بسبب عدم تلقي العلاج)، في الواقع، إلى ارتفاع التكاليف غير المباشرة عن طريق إطالة أمد الاضطرابات وما يصحبها من عجز (Chisholm et al.2000).

ومن المؤكد جداً أن كل هذه التقديرات تقل عن التكاليف الحقيقية حيث إنها لا تراعي تكاليف الفرص الضائعة بالنسبة للأفراد والأسر.

الأثر الواقع على جودة الحياة

تؤدي الاضطرابات النفسية والسلوكية إلى اختلالات هائلة في حياة المصابين بها وحياة ذويهم. وعلى الرغم من تعذر تقدير التعاسة والمعاناة بشكل كامل فإن إحدى طرق تقدير ذلك يتمثل في استعمال وسائل تقييم جودة الحياة (Lehman et al. 1998). ومن ذلك استمزاج رأي المعني بالأمر بشأن عدة جوانب تتعلق بحياته لمعرفة مدى أثر الأعراض والاضطرابات في الحياة (Orley et al. 1998). وأورد عدد من الدراسات المعلومات اللازمة عن نوعية حياة المصابين باضطرابات نفسية، وخلصت تلك الدراسات إلى أن الضرر الواقع ليس كبيراً فحسب ولكنه دائم أيضاً (UK700 Group 1999). وتبين أن نوعية الحياة تظل رديئة حتى بعد الشفاء من الاضطرابات النفسية، وذلك نتيجة لعوامل اجتماعية تشمل استمرار الوصم والتمييز. وتشير النتائج التي خلصت إليها الدراسات الخاصة بنوعية الحياة إلى أن نوعية حياة المصابين باضطرابات نفسية شديدة أو الذين يعيشون في مصحات نفسية لمدد طويلة أسوأ من نظرائهم الذين يعيشون داخل المجتمع. وأثبتت دراسة أجريت مؤخراً بوضوح أن عدم تلبية الاحتياجات الاجتماعية والوظيفية الأساسية هو أكبر عامل يؤدي إلى

الشكل 2-3 الأسباب الرئيسية لسنوات العمر المعاشة مع العجز، في جميع الأعمار وفي الفئة العمرية 15-44 سنة، حسب الجنس، تقديرات عام 2000[أ]

	كلا الجنسين، جميع الأعمار	% من المجموع		الذكور، جميع الأعمار	% من المجموع		الاناث، جميع الأعمار	% من المجموع
1	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	11.9	1	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	9.7	1	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	14.0
2	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	4.6	2	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول	5.5	2	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	4.9
3	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	4.5	3	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	5.1	3	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	4.2
4	مرض الرئة الانسدادي المزمن	3.3	4	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	4.1	4	الالتهاب العظمي المفصلي	3.5
5	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول	3.1	5	مرض الرئة الانسدادي المزمن	3.8	5	مرض الرئة الانسدادي المزمن	2.9
6	الالتهاب العظمي المفصلي	3.1	6	حالات السقوط	3.3	6	الفصام	2.7
7	الفصام	2.8	7	الفصام	3.0	7	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	2.4
8	حالات السقوط	2.8	8	حوادث المرور	2.7	8	حالات السقوط	2.3
9	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	2.5	9	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	2.6	9	مرض ألزهايمر وسائر أنواع العته	2.2
10	الربو	2.1	10	الالتهاب العظمي المفصلي	2.5	10	الولادة المعوقة	2.1
11	حالات الشذوذ الخلقية	2.1	11	الربو	2.3	11	الساد (الكتراكت)	2.0
12	أمراض فترة ما حول الولادة	2.0	12	أمراض فترة ما حول الولادة	2.2	12	الصداع النصفي	2.0
13	مرض ألزهايمر وسائر أنواع العته	2.0	13	حالات الشذوذ الخلقية	2.2	13	حالات الشذوذ الخلقية	1.9
14	الساد (الكتراكت)	1.9	14	الساد (الكتراكت)	1.9	14	الربو	1.8
15	حوادث المرور	1.8	15	سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	1.8	15	أمراض فترة ما حول الولادة	1.8
16	سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	1.7	16	مرض ألزهايمر وسائر أنواع العته	1.8	16	داء المتدثرات	1.8
17	الأمراض المخية الوعائية	1.7	17	الأمراض المخية الوعائية	1.7	17	الأمراض المخية الوعائية	1.8
18	الإيدز والعدوى بفيروسه	1.5	18	الإيدز والعدوى بفيروسه	1.6	18	سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	1.6
19	الصداع النصفي	1.4	19	داء الخيطيات اللمفي	1.6	19	الإجهاض	1.6
20	السكري	1.4	20	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات	1.6	20	الاضطرابات الهلعية	1.6
	كلا الجنسين، 15-44 سنة	**% من المجموع**		**الذكور، 15-44 سنة**	**% من المجموع**		**الإناث، 15-44 سنة**	**% من المجموع**
1	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	16.4	1	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	13.9	1	الاضطرابات الاكتئابية الأحادية القطب	18.6
2	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول	5.5	2	الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول	10.1	2	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	5.4
3	الفصام	4.9	3	الفصام	5.0	3	الفصام	4.8
4	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	4.9	4	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	5.0	4	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	4.4
5	الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	4.7	5	فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	4.2	5	الولادة المُعرقلة	4.0
6	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	3.8	6	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	4.1	6	فقدان حاسة السمع، ابتداء من مرحلة البلوغ	3.6
7	الإيدز والعدوى بفيروسه	2.4	7	حوادث المرور	3.8	7	داء المتدثرات	3.3
8	مرض الرئة الانسدادي المزمن	2.4	8	الإيدز والعدوى بفيروسه	3.2	8	الإجهاض	3.1

9	الالتهاب العظمى المفصلى	2.3	9	الاضطرابات الناجمة عن تعاطى المخدرات	3.0	9	الاضطرابات الهلعية	2.8
10	حوادث المرور	2.3	10	مرض الرئة الانسدادي المزمن	2.6	10	الإيدز والعدوى بفيروسه	2.5
11	الاضطرابات الهلعية	2.2	11	الربو	2.5	11	الالتهاب العظمى المفصلى	2.5
12	الولادة المُعرقلة	2.1	12	حالات السقوط	2.4	12	النفاس	2.3
13	داء المتدثرات	2.0	13	الالتهاب العظمى المفصلى	2.1	13	مرض الرئة الانسدادي المزمن	2.2
14	حالات السقوط	1.9	14	داء الفيلاريات اللمفى	2.1	14	الصداع النصفى	2.1
15	الربو	1.9	15	الاضطرابات الهامية	1.6	15	الاضطرابات الناجمة عن تعاطى الكحول	1.5
16	الاضطرابات الناجمة عن تعاطى المخدرات	1.8	16	السل	1.6	16	التهاب المفاصل الروماتيزمى	1.4
17	الإجهاض	1.6	17	النقرس	1.3	17	اضطراب الوسواس القهري	1.4
18	الصداع النصفى	1.6	18	اضطراب الوسواس القهري	1.3	18	حالات السقوط	1.4
19	اضطراب الوسواس القهري	1.4	19	العنف	1.2	19	اضطرابات الإجهاد اللاحقة للإصابات	1.4
20	النفاس	1.2	20	السيلان	1.1	20	الربو	1.3

[أ] تم تظليل الأمراض العصبية النفسية والإصابات الذاتية (انظر الملحق 3).

تدهور نوعية حياة المصابين باضطرابات نفسية (UK700 Group 1999).

والاضطرابات النفسية الشديدة ليست وحدها التي تضر بنوعية الحياة. فالقلق واضطراب الهلع لهما أيضاً أثرهما الشديد، ولاسيما فيما يتعلق بالوظائف النفسية (Mendlowicz & Stein 2000; Orley & Kuyken 1994).

بعض الاضطرابات الشائعة

تمثل الاضطرابات النفسية والسلوكية صورة متباينة وغير متجانسة. فبعضها خفيف وبعضها الآخر شديد الوطأة. وبعضها لا يدوم سوى بضعة أسابيع في حين قد يصاحب بعضها الآخر المريض طوال عمره. وبعضها لا يمكن كشفه إلاّ بفحص سريري متعمق، في حين يستحيل إخفاء بعضها حتى عن أولئك الذين لا خبرة لهم في هذا المضمار. ويركّز هذا التقرير على بضعة اضطرابات شائعة تلقي بعبء ثقيل على كاهل المجتمعات ويُنظر إليها عموما بقلق بالغ. وتشمل هذه الاضطرابات الاضطرابات الاكتئابية، والاضطرابات ذات الصلة بتعاطي المخدرات، والفصام، والصرع، ومرض آلزهايمر، والتخلف العقلي، واضطرابات الطفولة والمراهقة. ويقتضي إدراج الصرع ضمن هذه الاضطرابات بعض التوضيح. فالصرع اضطراب عصبي، وهو يُصنف في إطار الفصل السادس من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض مع سائر أمراض الجهاز العصبي. ومع هذا فقد اعتُبر الصرع من الناحية التاريخية اضطرابا نفسيا، ومازال يُنظر اليه على هذا النحو في مجتمعات كثيرة. والمصابون بالصرع، شأنهم شأن المصابين باضطرابات نفسية، يعانون الوصم والعجز الشديد إذا ما تُركوا دون علاج. ومعالجة الصرع، غالباً، مسؤولية أخصائيي الصحة النفسية نظرا لارتفاع معدل انتشار الإصابة بهذا الاضطراب والندرة

النسبية لخدمات طب الأعصاب التخصصية ، ولاسيما في البلدان النامية. وعلاوة على ذلك، هناك في الكثير من البلدان قوانين تمنع المصابين باضطرابات نفسية والمصابين بالصرع من الاضطلاع ببعض المسؤوليات.

ويورد القسم التالي بإيجاز البيانات الوبائية الخاصة ببعض الاضطرابات، وعبء هذه الاضطرابات وتطورها ونتائجها وما يميزها، كأمثلة من أجل توفير المعلومات الأساسية اللازمة لمناقشة التدخلات المتاحة (الفصل الثالث) وسياسات وبرامج الصحة النفسية (الفصل الرابع).

الاضطرابات الاكتئابية

من علامات الاكتئاب الحزن المقيم وعدم الاكتراث بأي نشاط وخمول الطاقة. ومن الأعراض الأخرى فقدان الثقة وفقدان الاعتداد بالذات والشعور بالذنب بلا داع والتفكير في الموت والانتحار وانخفاض مستوى التركيز واضطرابات النوم ونقص الشهية. وقد يصاحب الاكتئاب أيضاً بعض الأعراض البدنية. وعلى الرغم من شيوع حالات الاكتئاب، ولاسيما بعد التجارب القاسية، فإن الاضطراب الاكتئابي لا يُشخص إلاّ عندما تبلغ الأعراض حداً معيناً وتدوم لمدة أسبوعين على الأقل. ويمكن أن تتفاوت شدة الاكتئاب من اكتئاب متوسط إلى اكتئاب بالغ الشدة (انظر الشكل 3-1). وهو يتخذ، في أغلب الأحيان، شكل نوبات، غير أنه قد يكون ظاهرة متكررة أو مزمنة. وهو أشيع لدى النساء منه لدى الرجال. وتشير تقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000 إلى أن معدل الانتشار في نقطة ما لنوبات الاكتئاب الأحادي القطب يبلغ 1.9% لدى الرجال و3.2% لدى النساء وأن 5.8% من الرجال و9.5 % من النساء سيعانون نوبة اكتئاب في غضون 12 شهراً. وهذه الأرقام الخاصة بمعدلات الانتشار تختلف باختلاف المجموعات السكانية وقد تكون، أحياناً، أعلى لدى بعض المجموعات السكانية.

وتبين تحليلات عبء المرض العالمي لعام 2000 أيضاً أن الاضطرابات الاكتئابية تشكل عبئاً باهظاً على المجتمع، وأنها تأتي في المرتبة الرابعة فيما يتعلق بأسباب المراضة، ويُعزى اليها 4.4% من إجمالي عدد سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، كما تبين أنها السبب الرئيسي الكامن وراء سنوات العمر المُعاشَة مع العجز ويُعزى إليها 11.9% من إجمالي عدد سنوات العمر المعايشة مع العجز. وهذه الاضطرابات تسبب ثاني أكبر عبء مرضي لدى الفئة العمرية 15-44 سنة واليها يُعزى 8.5% من عدد سنوات العمر الضائعة المصححة باحتساب مدد العجز. وعلى الرغم من أن هذه التقديرات تثبت من دون لبس فداحة عبء المرض الناجم عن الاكتئاب فإن ما يخبئه المستقبل أسوأ من ذلك. وإذا ما استمرت الاتجاهات الحالية الخاصة بالتحولات السكانية والوبائية فإن عبء الاكتئاب سيرتفع بحلول عام 2020 إلى 5.7% من إجمالي عبء المرض، ليصبح بذلك السبب الرئيسي الثاني للمفقود من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز. وسيكون عبء الاكتئاب، في جميع أنحاء العالم، السبب الثاني مباشرة بعد داء القلب الإقفاري بالنسبة إلى

المفقود من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق لدى كلا الجنسين. وفي البلدان المتقدمة سيصبح الاكتئاب عندها على رأس الأسباب الكامنة وراء عبء المراضة.

والاكتئاب يمكن أن يصيب الإنسان في أية مرحلة من مراحل العمر رغم أنه أكثر ما يصيب في منتصف العمر. بيد أن هناك اعترافاً متزايداً بالاكتئاب في مرحلتي المراهقة والشباب (Lewinsohn et al. 1993). والاكتئاب، في الأساس، اضطراب يحدث على شكل نوبات متكررة تدوم كل واحدة منها، في العادة، من بضعة شهور إلى بضع سنوات، وبين كل نوبتين يعيش المريض حياة عادية. ومع هذا، يتخذ الاكتئاب، في نحو 20% من الحالات، مساراً مزمناً لا تخف أعراضه (Thornicroft & Sartorius 1993)، وخصوصاً عندما لا يتاح العلاج الملائم. ويبلغ معدل تكرار النوبات عند من يشفون من أول نوبة نحو 35% خلال عامين، ونحو 60% خلال 12 عاماً. ويكون معدل التكرار أعلى لدى من تزيد أعمارهم على 45 عاما. ويُعد الانتحار من النتائج الفاجعة على وجه الخصوص والمترتبة على الاضطراب الاكتئابي؛ حيث ينهي نحو 15–20% من مرضى الاكتئاب حياتهم بالانتحار (Goodwin & Jamison 1990). ومازال الانتحار أحد نتائج الاكتئاب الشائعة التي يمكن تلافيها.

والاضطراب الانفعالي الثنائي القطب مرض اكتئابي مصحوب بنوبات هوس من علاماتها الابتهاج وازدياد النشاط واعتداد زائد بالنفس ونقص في التركيز. وتشير التقديرات الخاصة بعبء المرض العالمي لعام 2000 إلى أن معدل الانتشار في نقطة ما للاضطراب الثنائي القطب يبلغ نحو 0.4%.

والخلاصة أن الاكتئاب اضطراب نفسي شائع مسؤول عن عبء مراضة فادح، ويُتوقع أن يزداد فداحة خلال السنوات العشرين القادمة.

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات

تشمل الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المواد النفسية التأثير تلك الناجمة عن تعاطي الكحول والأفيونيات، مثل الأفيون أو الهروين، والقنبيات، مثل الماريجوانا، والمهدئات والمنومات والكوكايين وسائر المنبهات والمهلوسات والتبغ والمذيبات الطيارة. وتشمل الأمراض التسمم واستعمال العقاقير الضارة بالصحة والإدمان والاضطرابات الذهانية. ويُشخّص الاستعمال المضر عندما يلحق ضرر بالصحة البدنية أو النفسية. وتتضمن متلازمة الإدمان رغبة شديدة في تناول مادة مخدرة وصعوبة في التحكم في استعمالها وحالة من الأعراض التي تصحب تدني مستواها في الجسم والتحمل وإهمال مصادر اللذة والاهتمامات الأخرى والاستمرار في التعاطي على الرغم من الضرر الذي يلحق بالشخص نفسه وبالآخرين.

وعلى الرغم من أن تعاطي المخدرات (وما يصحبه من اضطرابات) يختلف من منطقة لأخرى فإن التبغ والكحول هما المادتان الأكثر انتشارا في العالم بأسره واللتان لهما أخطر النتائج على الصحة العمومية.

وعلى الرغم من أن تعاطي المخدرات (وما يصحبه من اضطرابات) يختلف من منطقة لأخرى فإن التبغ والكحول هما المادتان الأكثر انتشارا في العالم بأسره واللتان لهما أخطر النتائج على الصحة العمومية.

وتعاطي التبغ أمر واسع الانتشار. وهو يُستعمل أكثر ما يُستعمل في شكل لفافات. ويقدر البنك الدولي أن تكاليف الرعاية الصحية المتصلة بالتدخين تبلغ في البلدان المرتفعة الدخل 6–15.1% من إجمالي ما ينفق سنويا على الرعاية الصحية (World Bank 1999).

واليوم يتعاطى التدخين ما يقارب ثلث البالغين في العالم، أي حوالي 1.2 مليار شخص. وبحلول عام 2025 يتوقع أن يزيد هذا العدد إلى أكثر من 1.6 مليار شخص. وتشير التقديرات التي جرت في عام 1990 أن التبغ قد أدى إلى موت أكثر من 3 ملايين شخص في السنة، وأن هذا العدد ارتفع إلى 4 ملايين حالة في عام 1998. ويُتوقع أن يرتفع عدد الوفيات الناجمة عن تعاطي التبغ إلى 8.4 مليون حالة في عام 2020، وإلى 10 ملايين حالة سنويا في عام 2030 تقريبا%. بيد أن هذه الزيادة لن تكون ذاتها في كل مكان. ومن المتوقع أن يزداد عدد الوفيات في البلدان المتقدمة بنسبة 50%، أي أن يرتفع من 1.6 مليون إلى 2.4 مليون حالة؛ بينما سيزداد عدد الوفيات هذه في آسيا أربع مرات تقريباً، من 1.1 مليون حالة في عام 1990 إلى 4.2 مليون حالة متوقعة في عام 2020 (Murray & Lopez 1997).

وعلاوة على العوامل الاجتماعية والسلوكية المرتبطة بالبدء في تعاطي التبغ، يلاحظ لدى غالبية أولئك الذين يدخنون بانتظام وجود اعتماد واضح على النيكوتين يحول دون إقلاع المدخنين عن تعاطي التبغ وتجنبه. ويبين الإطار 2–3 العلاقة القائمة بين الاضطرابات النفسية وبين تعاطي التبغ.

والكحول أيضاً مادة يشيع تعاطيها في معظم مناطق العالم. ويقدر معدل الانتشار في نقطة ما للاضطرابات ذات الصلة بتعاطي الكحول (الاستعمال الضار بالصحة والإدمان) لدى البالغين بنحو 1.7% على المستوى العالمي طبقاً للتحليلات الخاصة بعبء المرض العالمي لعام 2000. ويبلغ معدل التعاطي 2.8% للرجال و 0.5% للنساء. ويختلف معدل انتشار الاضطرابات ذات الصلة بتعاطي الكحول اختلافاً واسعاً حسب المناطق، فهو منخفض جداً في بعض بلدان الشرق الأوسط ويزيد على 5% في أمريكا الشمالية وبعض مناطق في شرق أوروبا.

وحيث إن تعاطي الكحول يزداد بوتيرة سريعة في بعض البلدان النامية (Jernigan et al. 2000; Riley & Marshall 1999; WHO 1999) فإن هذا الوضع قد يزداد تفاقماً (WHO 2000b). ويُعد تعاطي الكحول أيضا مدعاة للقلق لدى السكان الأصليين في جميع أنحاء العالم، حيث ترتفع بينهم معدلات انتشار تعاطي الكحول والمشاكل المرتبطة به.

والكحول من أسباب المراضة الرئيسية. وتشير الاسقاطات الخاصة بعبء المرض العالمي (Murray & Lopez 1996a) إلى أن تعاطي الكحول يتسبب في 1.5% من جميع الوفيات و3.5% من إجمالي سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز . ويشمل هذا

الإطار 2-3 تعاطي التبغ والاضطرابات النفسية

إن العلاقة بين تعاطي التبغ والاضطرابات النفسية علاقة معقدة. وتوحي نتائج البحوث إيحاء قوياً بأن على أخصائيي الصحة النفسية أن يولوا مزيداً من الاهتمام إلى تعاطي المرضى للتبغ أثناء العلاج وبعده، بغية وقايتهم من المشاكل ذات الصلة به.

فالمصابون باضطرابات نفسية يدخنون أكثر من غيرهم بنسبة تبلغ الضعف تقريباً؛ وكثيراً ما يكون المصابون بالفصام ومدمنو الكحول من المدخنين الشرهين حيث تبلغ نسبتهم 86%.[1-3] وأظهرت دراسة أجريت مؤخرا في الولايات المتحدة الأمريكية أن 41% من المرضى المصابين باضطرابات نفسية هم من المدخنين مقابل 22.5% لدى عامة السكان، وقد يشكل المرضى المصابون باضطرابات نفسية في الولايات المتحدة 44% من جميع المدخنين.[4]

ويبدأ التدخين المنتظم مبكراً لدى المراهقين الذكور المصابين باضطرابات التركيز،[5] كما تزداد احتمالات التدخين بين المصابين بالاكتئاب،[6] وعلى الرغم من الفكرة التقليدية القائلة بأن المصابين بالاكتئاب أميل إلى التدخين بسبب ما يعانونه من أعراض فإن القرائن الجديدة تدل على أن الأمر قد يكون على عكس ذلك. فقد أظهرت دراسة أجريت على المراهقين أن الاكتئاب كثيراً ما يصيب أولئك الذين يدخنون فعلاً، مما يوحي بأن التدخين يؤدي بالفعل إلى الإصابة بالاكتئاب لدى هذه الفئة العمرية.[7]

أما المصابون باضطرابات ناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات فتطرأ عليهم تغيرات منتظمة فيما يتعلق بتعاطي التبغ أثناء العلاج. وقد خلصت دراسة حديثة إلى أن كبار المدخنين يقللون من تعاطي التبغ خلال مدة علاجهم في المستشفيات لإزالة السموم من أجسامهم، في حين يزيد المدخنون المقللون بالفعل تدخينهم زيادة كبيرة.[8]

ولا تعرف تحديداً أسباب ارتفاع معدل التدخين لدى المصابين باضطرابات نفسية وسلوكية، ولكن الآليات العصبية الكيميائية توحي بمسؤولياتها عن ذلك.[9] فالنيكوتين مادة كيميائية ذات تأثير نفسي بالغ لها آثار متنوعة في الدماغ فهي لها خواص مقوية تنشط النظم التعويضية في الدماغ كما أن النيكوتين يؤدي إلى زيادة إفراز الدوبامين في أجزاء من الدماغ وهو مادة ترتبط ارتباطا وثيقاً بالاضطرابات النفسية. كما أن النيكوتين يمكن تعاطيه على سبيل محاولة تقليل التوتر وسائر الآثار غير المرغوب فيها الناتجة عن أعراض الاضطرابات النفسية. ويمكن أيضاً أن يكون للعزلة الاجتماعية والملل دور في هذا الصدد؛ وهذه الجوانب تكون جلية بوجه خاص في المؤسسات الاستشفائية. ومهما تكن الأسباب فليس هناك أدنى شك في أن المصابين باضطرابات نفسية يعرضون صحتهم لمزيد من الخطر بإفراطهم في التدخين.

1 Hughes JR et al. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry,* 143: 993-997.

2 Goff DC et al. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry,* 149: 1189-1194.

3 True WR et al. (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry,* 56: 655-661.

4 Lasser K et al. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association,* 284: 2606-2610.

5 Castellanos FX et al. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry,* 151(12): 1791-1796.

6 Pomerleau OF et al. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse,* 7(3): 373-368.

7 Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 106(4): 748-755.

8 Harris J et al. (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology,* 5: 443-450.

9 Batra A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Forschritte de Neurologie-Psychiatrie,* 68: 80-92.

العبء الاضطرابات البدنية (مثل تليف الكبد) والإصابات (مثل الإصابات الناجمة عن حوادث المرور) التي تُعزى إلى تعاطي الكحول.

ويشكل تعاطي الكحول عبئاً اقتصادياً كبيراً على المجتمع. ويحدد أحد التقديرات التكلفة الاقتصادية السنوية لإساءة استعمال الكحول في الولايات المتحدة الأمريكية بما يبلغ 148 مليار دولار أمريكي، بما في ذلك 19 مليار دولار أمريكي للإنفاق على الرعاية الصحية (Harwood et al. 1998). وفي كندا تبلغ التكاليف الاقتصادية لتعاطي الكحول نحو 18.4 مليار دولار أمريكي، وهو ما يشكل 2.7% من الناتج المحلي الإجمالي. وتقدر دراسات أجريت في بلدان أخرى تكلفة المشاكل المتعلقة بتعاطي الكحول بنحو 1% من الناتج المحلي الإجمالي (Collins & Lapsely 1996; Rice et al. 1991). وأثبتت دراسة حديثة أن تكاليف المستشفيات ذات الصلة بالمشاكل الناجمة عن تعاطي الكحول في عام 1998 بلغت 51 مليون دولار أمريكي في نيو مكسيكو بالولايات المتحدة الأمريكية مقابل 35 مليون دولار أمريكي حصيلة الضرائب على الكحول (New Mexico Department of Health 2001)، وهو ما يبين بوضوح أن المجتمعات تنفق من الأموال على الاعتناء بالمشاكل التي يسببها تعاطي الكحول ما يفوق إيراداتها من الضرائب المفروضة على الكحول.

وبالإضافة إلى التبغ والكحول، يُساء أيضا استعمال عدد كبير من المواد الأخرى، المصنفة عموما تحت الفئة الواسعة الخاصة بالمخدرات. وتشمل هذه المواد عقاقير غير مشروعة مثل الهروين والكوكايين والقنب. ويتراوح معدل الانتشار الممتد لتعاطي المخدرات بين 0.4% و4% ولكن نوع المخدرات التي يتم تعاطيها يختلف اختلافاً كبيراً من منطقة لأخرى. وتشير التحليلات الخاصة بعبء المرض العالمي لعام 2000 إلى أن معدل الانتشار الممتد للاضطرابات الناجمة عن تعاطي الهروين والكوكايين يبلغ 0.25%. وينطوي تعاطي المخدرات عن طريق الحقن على خطر شديد للإصابة بالعدوى، بما في ذلك التهاب الكبد البائي والتهاب الكبد الجيمي وفيروس العوز المناعي البشري. ويقدر عدد من يتعاطون العقاقير غير المشروعة عن طريق الحقن في العالم بنحو 5 ملايين شخص. ويبلغ معدل انتشار العدوى بفيروس العوز المناعي البشري بين من يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن 20%-80% في كثير من المدن. وقد أثار الدور المتزايد لتعاطي المخدرات عن طريق الحقن في نقل فيروس العوز المناعي البشري قلقاً جدياً في جميع أنحاء العالم، وبخاصة في بلدان وسط أوروبا وشرقيها (UNAIDS 2000).

وقُدر العبء الناجم عن تعاطي العقاقير غير المشروعة (الهروين والكوكايين) بما يبلغ 0.4% من عبء المرض الإجمالي طبقاً لتقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000. وتُقدر التكلفة الاقتصادية لتعاطي وإدمان العقاقير الضارة في الولايات المتحدة الأمريكية بما يبلغ 98 مليار دولار أمريكي (Harwood et al. 1998). ولا تضع تقديرات عبء وتكلفة هذه الأمراض في الحسبان مجموعة منوعة من الآثار الاجتماعية التي تترتب على تعاطي المخدرات . ويبدأ تعاطي التبغ والكحول عادة في مرحلة الشباب وهو توطئة لتعاطي مواد

أخرى. وبهذا يسهم التبغ والكحول بصورة غير مباشرة في جزء كبير من العبء الناجم عن تعاطي المواد الأخرى وما ينجم عنها من أمراض.

وكثيراً ما يُتساءَل عما إذا كانت الاضطرابات الناجمة عن التعاطي اضطرابات أصيلة أو أنها اضطرابات ينبغي اعتبارها سلوكاً منحرفاً يمارسه الناس الذين يستسلمون لأنشطة تسبب لهم الأذى. وعلى الرغم من أن اتخاذ قرار خوض تجربة تعاطي المواد النفسية التأثير قرار شخصي عادة فإن حدوث الإدمان بعد تكرار التعاطي ليس قراراً واعياً وقائماً على معلومات يتخذه الفرد وليس نتيجة ضعف معنوي بل هو نتاج مزيج معقد من العوامل الجينية والفيزيولوجية والبيئية. ومن العسير للغاية التحديد الدقيق للتوقيت الذي يصبح فيه الشخص مدمنا لمادة ما (سواء كانت مشروعة أو غير مشروعة) وهناك قرائن تدل على أن الإدمان ليس عملية يمكن تعيين حدودها بوضوح ولكنه يحدث تدريجياً إذ يبدأ خفيفاً ثم يتطور فيصبح خطيراً مع ما يترتب عليه من عواقب بدنية ونفسية واجتماعية اقتصادية.

وهناك أيضاً قرائن متزايدة تدل على التغيرات الكيميائية العصبية التي تحدث في الدماغ والتي ترتبط بكثير من الخصائص الأساسية للإدمان وتتسبب في هذه الخصائص بالفعل. بل إن القرائن السريرية تشير إلى أن الإدمان ينبغي أن يعتبر من الأمراض المزمنة ومشكلة اجتماعية(Leshner 1997; McLellan et al. 2000). وتوحي الأسباب الدفينة المشتركة وراء إدمان مجموعة منوعة من المواد، وارتفاع معدل انتشار الإدمان المتعدد، بأنه ينبغي اعتبار الإدمان اضطراباً نفسياً معقداً يمكن أن يكون اختلال وظائف الدماغ من أسبابه.

الفصام

الفصام اضطراب خطير يبدأ عادة في أواخر مرحلة المراهقة أو بداية مرحلة البلوغ. ومن علاماته حدوث خلل في التفكير والإدراك وانفعالات غير ملائمة. ويشمل الخلل معظم الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص العادي الشعور بشخصيته الفردية وبالتميّز واستقلاله الذاتي. وقد يحدث اختلال خطير في السلوك خلال بعض مراحل الاضطراب يؤدي إلى حدوث آثار اجتماعية لا تحمد عقباها. وهناك سمة أخرى من سمات هذا الاضطراب وهي الاعتقاد القوي في أفكار خاطئة ليس لها أساس في الحقيقة (الهذيان).

وتطوّر الفصام أمر متغيّر لا يثبت على حال ويتحقق الشفاء التام من أعراضه واستعادة العافية الاجتماعية تماماً في ثلث الحالات تقريباً. غير أنه قد يصبح مزمناً او تكرارياً مع بقاء بعض الأعراض وعدم استعادة العافية الاجتماعية بصورة تامة. وقد شكل المصابون بالفصام المزمن، في الماضي، نسبة كبيرة من جميع نزلاء مؤسسات العلاج النفسي، وهم لا يزالون يشكلون هذه النسبة الكبيرة حيثما توجد مؤسسات من هذا القبيل. ومع التقدم الحديث المحرز في العلاج الدوائي والرعاية النفسية الاجتماعية يمكن توقع تحقق الشفاء التام والدائم لنحو نصف من يصيبهم الفصام في مراحله الأولى. ولا تستمر مواجهة مشاكل تحد من الأنشطة اليومية إلاّ لدى خُمس النسبة المتبقية تقريباً.

وقد تبين أن الفصام لا يميز بين رجل وامرأة ولكنه يصيب النساء في مرحلة متأخرة من العمر، وهو أخف وطأة عليهن، كما أن الإبلال منه أيسر.

وتشير التقديرات الخاصة بعبء المرض العالمي لعام 2000 إلى أن معدل الانتشار في نقطة ما للفصام يبلغ 0.4%، وهو مرض جدّ مقعد. ففي دراسة أجريت مؤخرا وشملت 14 بلدا بشأن العجز المرتبط بالأمراض البدنية والنفسية تبين أن الذهان النشط يحتل المرتبة الثالثة بين الأمراض الأكثر تسبباً في العجز لعامة الناس (Ustun et al. 1999)، وهي مرتبة أعلى من المرتبة التي يحتلها الشلل النصفي والعمى.

وفي الدراسة الخاصة بعبء المرض العالمي تبين أن الفصام يتسبب في 1.1% من إجمالي عدد سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز و2.8% من سنوات العمر المقضية مع العجز. كما أن التكلفة الناجمة عنه بالنسبة للمجتمع تكلفة مرتفعة. وتشير التقديرات إلى أن تكلفة الفصام المباشرة بلغت في عام 1991 في الولايات المتحدة الأمريكية 19 مليار دولار أمريكي ، في حين كلّف ضياع الإنتاجية 46 مليار دولار أمريكي.

وحتى بعد اختفاء أوضح أعراض هذا الاضطراب فقد تظل هناك أعراض متبقية. ومن هذه الأعراض عدم الاكتراث لأي شيء وفقدان زمام المبادرة فيما يتعلق بالأنشطة اليومية والعمل، وقصور الأداء الاجتماعي، وعدم القدرة على تعاطي أنشطة ترفيهية وقت الفراغ. ويمكن أن تؤدي هذه الأعراض إلى العجز وتردي نوعية الحياة. كما أن تلك الأعراض يمكن أن تشكل عبئا هائلا على الأسر (Pai & Kapur 1982). وقد ثبت مراراً وتكراراً أن الفصام يتخذ مسارا أقل وطأة في البلدان النامية (Kulhara & Wig 1978; Thara & Eaton 1996). فعلى سبيل المثال، تبين إحدى الدراسات الدولية المتعددة المواقع أن نسبة المرضى الذين تختفي لديهم الأعراض تماما في غضون سنتين تبلغ 63% في البلدان النامية مقابل 37% في البلدان المتقدمة (Jablensky et al. 1992). وعلى الرغم من المحاولات التي بُذلت لتفسير هذه النتيجة على أساس متانة العلاقات الأسرية وقلة الضغوط الواقعة على المرضى فإن الأسباب الحقيقية الكامنة وراء هذه الاختلافات تظل غير واضحة.

ويحاول عدد كبير من المصابين بالفصام الانتحار في مرحلة ما من مرضهم. وتبين دراسة أجريت في الآونة الأخيرة أن 30% من المرضى الذين شُخصت إصابتهم بهذا الاضطراب حاولوا الانتحار مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم (Radomsky et al. 1999). وهناك نحو 10% من المصابين بالفصام من الذين يضعون حداً لحياتهم (Caldwell & Gottesman 1990). وعلى الصعيد العالمي يؤدي الفصام إلى سلب الفرد المصاب به عشر سنوات من عمره، في المتوسط.

الصرع

الصرع هو أكثر الاضطرابات الدماغية شيوعاً بين عامة السكان. ومن سماته تكرر حدوث نوبات ناجمة عن تزايد النشاط الكهربائي المفرط في جزء من الدماغ أو في الدماغ

برمته. ولا يوجد لدى غالبية المصابين بالصرع أي شذوذ واضح أو يمكن إقامة الدليل عليه في الدماغ فيما عدا التغيّرات الكهربية. غير أن هذا المرض يصحبه، لدى بعض المصابين، تلف دماغي وهو ما يمكن أن يتسبب في حدوث خلل وظيفي بدني، مثل التشنج أو التخلف العقلي.

ومن أسباب الصرع الاستعداد الوراثي، والتلف الدماغي الناجم عن مضاعفات الولادة، وحالات العدوى، والأمراض الطفيلية، وإصابات الدماغ، والتسمم، والأورام. ومن بين الأسباب الشائعة للإصابة بالصرع في البلدان النامية داء الكيسيات المذنبة (الدودة الشريطية) والبلهارسية وداء المقوسات والملاريا والتهاب الدماغ السلي والفيروسي (Senanayake & Román 1993) . ويختلف تواتر نوبات الصرع اختلافا شديدا، فهو يتراوح بين عدة نوبات في اليوم ونوبة واحدة كل بضعة شهور . ويعتمد ظهور أعراض الصرع على الأجزاء المعنية في الدماغ. ويعاني المصاب عادة فقدانا مفاجئا للوعي، وقد يقوم بحركات تشنجية بجسده. ويمكن أن تنتج إصابات بدنية عن السقوط أثناء الأزمة.

وتبين تقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000 أن عدد المصابين بالصرع الأوّلي في العالم يبلغ قرابة 37 مليون شخص. وإذا ما أخذت الحالات الأخرى الناجمة عن أمراض أخرى أو إصابات بدنية في الحسبان فإن العدد الإجمالي للمصابين يرتفع إلى نحو 50 مليون شخص. وتشير التقديرات إلى أن ما يزيد على 80% من المصابين بالصرع يعيشون في بلدان نامية.

ويثقل الصرع كاهل المجتمعات بعبء ثقيل، ولاسيما في البلدان النامية حيث كثيراً ما يظل دون علاج. وتبين تقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000 أنه يقف وراء 0.5% من العبء الإجمالي للمراضة. وبالإضافة إلى العجز البدني والنفسي يؤدي الصرع في أحيان كثيرة إلى عواقب نفسية اجتماعية خطيرة على الأفراد وعلى الأسر. وتحول الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالصرع دون مشاركة المصابين به في الأنشطة العادية، بما فيها التعليم والزواج والعمل والرياضة.

وتحدث الإصابة بالصرع، بشكل عام، في مرحلة الطفولة وقد تصبح مزمنة (وليس دائما مع ذلك). ومعدل الشفاء التلقائي معدل مرتفع، حيث لا تصيب النوبات بعد انقضاء ثلاث سنوات كثيرا ممن سبق وتبين أنهم مصابون بالصرع.

مرض آلزهايمر

مرض آلزهايمر من الأمراض التنكسية الرئيسية التي تصيب الدماغ. ويصنف العته الناجم عن مرض آلزهايمر في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض على أنه اضطراب نفسي وسلوكي. ويتسم مرض آلزهايمر بضعف تدريجي في الوظائف الإدراكية، مثل الذاكرة والتفكير والفهم والحساب واللغة والقدرة على التعلم والحكم على الأمور. ويُشخّص العُته عندما يكون هذا الضعف كافياً لإفساد الأنشطة الشخصية الخاصة بالحياة اليومية. ويبدأ مرض آلزهايمر بداية غير ملحوظة مع تدهور بطيء. ولابد من التمييز

بوضوح بين هذا المرض وبين ضعف الوظائف الاستعرافية العادي المرتبط بالطعن في السن. فالضعف العادي لهذه الوظائف أقل كثيرا وأكثر تدرجا إلى حد بعيد ويؤدي إلى حالات عجز أخف حدة. ويبدأ مرض آلزهايمر عادة بعد سن الخامسة والستين، مع أن بدايته في سن أصغر ليست نادرة. وبعد تلك السن يزداد معدل حدوثه بسرعة (يتضاعف كل 5 سنوات). ولهذا تأثيرات واضحة بالنسبة إلى العدد الإجمالي للمرضى المصابين بهذا الاضطراب مع زيادة متوسط العمر المأمول لدى السكان.

وقد تناولت دراسات عديدة حدوث وانتشار مرض آلزهايمر. وتتألف الشرائح السكانية التي تشملها الدراسات عادة ممن تزيد أعمارهم على 65 سنة، على الرغم من أن بعض الدراسات تدرج مجموعات سكانية أصغر سنا، وخصوصاً في البلدان التي يقل فيها متوسط العمر المأمول (مثل الهند). ويفسر اتساع مدى تفاوت الأرقام الخاصة بمعدلات الانتشار (1% - 5%)، في جزء منه، باختلاف الفئات العمرية ومعايير التشخيص. وتشير تقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000 إلى أن معدل الانتشار الآني لمرض آلزهايمر وسائر أشكال العُته يبلغ 0.6%. ويبلغ معدل الانتشار بين من تزيد أعمارهم على 60 عاما نحو 5% للرجال و6% للنساء. وليس هناك أي دليل على وجود أي اختلاف بين الجنسين في الإصابة بالمرض، إلاّ أنه يصيب عدداً أكبر من النساء نتيجة لتعمير النساء وبلوغهن مراحل متقدمة مع العمر أكثر من الرجال.

ومازال السبب الحقيقي وراء الإصابة بمرض آلزهايمر غير معروف على الرغم من العدد المشار اليه من العوامل. وتشمل هذه العوامل اضطرابات الاستقلاب (الأيض) وانتظام البروتين طليعة النشواني، وبروتينات الصفيحات، وبروتينات التاو، والزنك والألومنيوم (Drouet et al. 2000; Cuajungco & Lees 1997).

وتشير تقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000 إلى أن نسبة سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز نتيجة حالات العته تبلغ 0.84%، ونسبة سنوات العمر المُعاشة مع العجز 2.0% مع تقدم السكان في السن، ولاسيما في المناطق الصناعية، وقد تشهد هذه النسبة زيادة سريعة خلال العشرين عاما القادمة.

أما تكلفة مرض آلزهايمر بالنسبة للمجتمع فهائلة فعلاً (Rice et al. 1993)، وستستمر في الازدياد (Brookmeyer & Gray 2000). وتُقدر التكاليف المباشرة بما يبلغ 536 مليون دولار أمريكي، والتكاليف الاجمالية المترتبة على هذا المرض في الولايات المتحدة الأمريكية 1.75 مليار دولار أمريكي، بالنسبة لعام 2000.

التخلف العقلي

التخلف العقلي عبارة عن توقف نمو العقل أو عدم اكتمال نموه، وهو يتصف بضعف الملكات والذكاء العام في مجالات مثل الادراك واللغة والحركة والقدرات الاجتماعية. والتخلف العقلي، الذي يشار إليه أيضا باعتباره عجزاً معرفياً أو تعوقاً، يمكن أن تصحبه اضطرابات بدنية أو نفسية أخرى ، أو أن يحدث بمعزل عنها. وعلى الرغم من أن انخفاض

مستوى الوظائف المعرفية هو السمة المميزة لهذا الاضطراب فإنه لا يشخص إلاّ إذا ارتبط بانخفاض القدرة على التكيف مع المتطلبات اليومية للبيئة الاجتماعية العادية. ويصنف التخلف العقلي كذلك في فئات كالتالي: خفيف (حاصل الذكاء 50–69) ومتوسط (حاصل الذكاء 35–49) وشديد (حاصل الذكاء 20–34) وحاد (حاصل الذكاء أدنى من 20).

وتتفاوت الأرقام الخاصة بمعدلات الانتشار تفاوتاً كبيراً نظراً لاختلاف المعايير والأساليب المتبعة في المسوحات، وللاختلافات في الفئات العمرية للشرائح. ويُعتقد أن المعدل العام لانتشار التخلف العقلي يتراوح بين 1% و3%، حيث يبلغ معدل التخلف العقلي المتوسط والشديد والحاد 0.3%. والتخلف العقلي أشيع في البلدان النامية بسبب ارتفاع معدلات الإصابات البدنية وعوز الأكسجين في فترة ما حول الولادة وحالات العدوى الدماغية المبكرة في مرحلة الطفولة. ومن الأسباب الشائعة للإصابة بالتخلف العقلي عوز اليود المتوطن الذي يؤدي إلى الفدامة (Sankar et al. 1998). ويشكل عوز اليود أكبر سبب إفرادي للتلف الدماغي والتخلف العقلي اللذين يمكن توقيهما (Delange 2000).

ويشكل التخلف العقلي عبئاً ثقيلاً على الأفراد والأسر. وفيما يتعلق بالتخلف العقلي الخطير، لا بد من مساعدة المريض على أداء أنشطة الحياة اليومية وعلى الاعتناء بنفسه. وليست هناك أية تقديرات متاحة للعبء الكلي للتخلف العقلي، ولكن جميع القرائن تشير إلى فداحته. وفي معظم الحالات يستمر هذا العبء طوال العمر.

اضطرابات الطفولة والمراهقة

على عكس الاعتقاد الشائع، فإن الاضطرابات النفسية والسلوكية تشيع في مرحلتي الطفولة والمراهقة. ومن دواعي الأسف أن هذا الجانب من جوانب الصحة النفسية قد لاقى الإهمال. وفي تقرير صدر حديثاً، هو تقرير كبير الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية لعام 2001 (DHHS 2001)، ورد أن الولايات المتحدة الأمريكية تواجه أزمة عامة في الصحة النفسية للرضع والأطفال والمراهقين. وطبقا لهذا التقرير يعاني عُشر الأطفال مرضاً نفسياً تكفي شدته لإحداث مستوى من الضعف، ومع هذا فإن نسبة من يتلقون العلاج اللازم أقل من 1 من كل 5 حالات. ومما لا شك فيه أن الوضع في أجزاء كبيرة من العالم أسوأ من ذلك.

وتحدد المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض فئتين رئيسيتين من الاضطرابات الخاصة بالطفولة والمراهقة: فئة اضطرابات النمو النفسي، وفئة الاضطرابات السلوكية والانفعالية. وتتصف الفئة الأولى بضعف أو تأخر نمو وظائف معينة مثل الكلام واللغة (صعوبة النطق)، أو باضطرابات شاملة تضر بالنمو (مثل الذاتويَّة). وهذان الاضطرابان يتطوران بانتظام بدون هدأة أو انتكاس، على الرغم من أن معظم الحالات تميل إلى التحسن بمرور الزمن. وتتألف المجموعة الرئيسية لاضطراب صعوبة النطق من اضطرابات القراءة والتهجية. ومازال معدل انتشار هذا الاضطراب غير معروف، ولكنه قد يبلغ نحو 4% لدى من هم في سن الدراسة (Spagna et al. 2000). أما الفئة

الجدول 2-2 معدلات الانتشار بين الأطفال والمراهقين، حسب بعض الدراسات المنتقاة

البلد	السن (بالسنوات)	معدل الانتشار (%)
إثيوبيا[1]	1-15	17.7
ألمانيا[2]	12-15	20.7
الهند[3]	1-16	12.8
اليابان[4]	12-15	15.0
أسبانيا[5]	8، 11، 15	21.7
سويسرا[6]	1-15	22.5
الولايات المتحدة الأمريكية[7]	1-15	21.0

1. Tadesse B et al.(1999).Childhood behavioural disorders in Ambo district.Western Ethiopia:I.Prevalence estimates.*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(Suppl):92-97.
2. Weyerer S et al.(1998).Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria.*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77:290-296.
3. Indian Council of Medical Research(2001).*Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*.New Delhi,ICMR (unpublished data).
4. Morita H et al.(1993).Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,34:317-332.
5. Gomez-Beneyto M et al.(1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia,Spain.*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:352-357.
6. Steinhausen HC et al.(1998).Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study.*Acta Psychiatrica Scandinavica*,98:262-271.
7. Shaffer D et al.(1996).The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability,prevalence rates, and performance in the MECA study.*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 865-877.

الثانيـة؛ أي الاضطرابات السلوكيـة والانفعالية فتشمـل اضطرابات فرط الحركـة (في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض) واضطراب ضعف التركيز/ فـرط النشـاط (DSM-IV,APA 1994)، والاضطرابات السلوكية والانفعالية في الطفولة. وفضلاً عن هـذا يمكن أن يبدأ في مرحلة الطفولة كثير من الاضطرابات التي يشيع وجودها بيـن البـالغين. ومن الأمثلة على ذلك الاكتئاب الذي يُلاحظ بصورة متزايدة لدى الأطفال.

وبحثت دراسات عديدة من البلدان المتقدمة والبلدان النامية المعدل العـام لانتشـار الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال. ويرد في الجـدول 2-2 ملخـص لدراسـات مختارة. وعلى الرغم من الاختلافات الشاسعة في الأرقام الخاصة بمعدلات الانتشار يبدو أن 10%-20% من كل الأطفال يعانون مشكلة نفسية أو سلوكية واحدة أو أكثر. ويجب توضيح هذه التقديرات المرتفعة للمراضة بين الأطفال والبالغين. وحيـث إن الطفولـة والمراهقـة مرحلتان من مراحل النمو فإن من العسير وضع حدود واضحة تفصل بين ظواهر تشـكل جزءاً من النمو العادي وظواهر أخرى شاذة. واستخدمت دراسات عديدة استبيانات خاصـة بالسمات السلوكية استوفاها الأبوان والمعلمون من أجل كشـف الحالات . وهذه المعلومات،

على الرغم من فائدتها في تحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة، قد لا تكون لها أي علاقة بتشخيص معين.

والاضطرابات النفسية والسلوكية في مرحلتي الطفولة والمراهقة مكلفة جداً للمجتمع في جوانبها البشرية والمالية على السواء. ولم يُجر أي تقدير للعبء الكلي لهذه الاضطرابات، وحساب هذا العبء أمر معقد لأن كثيرا من هذه الاضطرابات يمكن أن يكون مقدمة لاضطرابات تسبب عجزا أشد في مرحلة متأخرة من العمر.

المراضة المتزامنة

كثيراً ما يصاب فرد ما بأكثر من اضطراب نفسي في آن واحد، كما يمكن أن يصاب بعدة أمراض بدنية وهي كثيرا ما تحدث في الوقت ذاته ولا يمكن أن يُعزى ذلك إلى المصادفة البحت. وهذه الظاهرة تصبح أكثر تواتراً، مع التقدم في السن، عندما يكون المريض مصاباً باضطرابات بدنية ونفسية في آن واحد. فمشاكل الصحة البدنية لا تتزامن فحسب مع الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب، وإنما قد تكون أيضاً مقدمة لبداية الإصابة بالاكتئاب واستمراره (Geerlings et al. 2000).

وبينت دراسة وُضعت بشكل سليم وشملت عينة ممثلة للحالة على المستوى الوطني في الولايات المتحدة (Kessler et al. 1994)، أن 79% من المرضى يعانون أكثر من اضطراب في آن واحد. وبعبارة أخرى فإن 21% فقط من المرضى يعانون اضطرابا نفسيا واحدا. وسُجل حدوث أكثر من نصف جميع الاضطرابات التي تصيب الناس طوال عمرهم لدى 14% من السكان. وتم التوصل إلى استنتاجات مشابهة في دراسات أجريت في بلدان أخرى، على الرغم من عدم توافر معلومات كثيرة من البلدان النامية.

ومن الشائع أن يصاب المريض بالقلق والاكتئاب معا. فقد اكتُشفت هذه المراضة المتزامنة لدى نصف جميع المصابين بهذين الاضطرابين تقريباً (Zimmerman et al. 2000). وهناك حالة شائعة أخرى هي ارتباط حدوث الاضطرابات النفسية بتعاطي المخدرات وإدمانها. فمن بين من يحصلون على خدمات العلاج من تعاطي الكحول والمخدرات يعاني ما بين 30% و90% من "اضطراب ثنائي" (Gossop et al. 1998). ويرتفع أيضاً معدل الإصابة بالاضطرابات ذات الصلة بتعاطي الكحول بين من يحصلون على خدمات الصحة النفسية (65% حسب ما ذكره Rachliesel et al. ،1999). وتشيع كذلك الاضطرابات ذات الصلة بتعاطي الكحول (12% – 50%) بين المصابين بالفصام.

وللمراضة المتزامنة الهامة تأثيرات خطيرة بالنسبة للتشخيص والعلاج والتأهيل. ويزداد أيضاً في المقابل عجز من يعانون من ذلك والعبء الواقع على الأسرة.

الانتحـــار

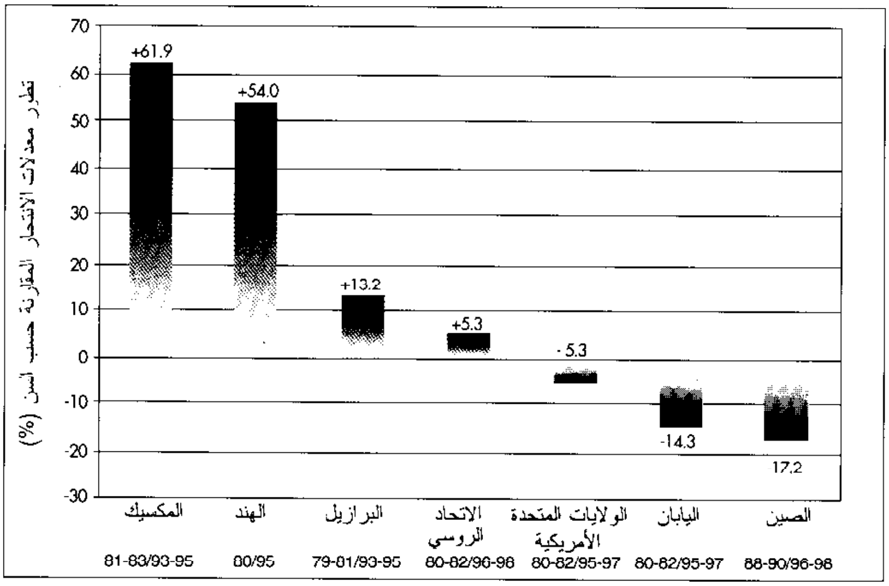
الانتحار هو نتيجة عمل يأتيه فرد ما عامداً وعن دراية تامة لنتيجته المحتومة وتوقـع كامل لهذه النتيجة. ويشكل الانتحـار الآن مشكلة كبرى مـن مشاكل الصحة العمومية. وقد بلغ متوسط معدلات الانتحار المقارنة حسب السن للانتحار فـي عـام 1996، فـي ثلاثـة وخمسين بلـدا تتوافر عنها بيانات كاملة يبلغ 15.1 لكل 100 000 نسمة. ويبلغ معدل انتحار الذكور 24.0 لكل 100 000. ويرتفع معدل الانتحار على مستوى العالم تقريباً بين الرجـال مقارنة بالنساء بنسبة إجمالية مقدارها 3.5 إلى 1.

وخلال السنوات الثلاثين الماضية يبدو أن معدلات الانتحار المسجلة في البلدان التسعة والثلاثين التي تتوافر عنها بيانات كاملة للحقبة 1970–1996، ظلت ثابتة إلى حد بعيد، ولكن المعدلات الإجمالية الحالية تخفي اختلافات هامة فيما يخص الجنسـين والفئـات العمريـة والجغرافيا والاتجاهات الطويلة الأمد.

ومن الناحية الجغرافية تتفاوت الاختلافات في معدلات الانتحار تفاوتاً كبـيراً. ومـن المحتمل أن تعطي الاتجاهات السائدة في كبرى بلدان العالم ـــ التي يزيد عدد سكانها علـى 100 مليون نسمة ـــ معلومات موثوقة عن معدل الوفيات الناتجة عن الانتحـار. وتتوافـر معلومات خاصة بسبعة من هذه البلدان عن السنوات الخمس عشرة الماضية. وقـد ارتفـع معدل الوفيات بسبب الانتحار بنسبة 62% في المكسيك في حين انخفض بنسـبة 17% فـي الصين، بينما تظل المعدلات ذاتها بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية والاتحاد الروسي حيث تبلغ 5.3% كما هو مبين في الشكل 2–4. ولابد في هذا الصدد من ذكر ملاحظتيـن: أولاً، من المحتمل أن يكون حجم سكان هذه البلدان هو الذي يضعها في فئة واحدة، حيـث إنـها تختلف فعلياً في كل جانب من الجوانب الأخرى. ثانياً، لا يجسد حجـم الاختـلاف الحجـم الفعلي لمعدلات الانتحار في تلك البلدان. وفيما يتعلق بأحدث سنة تتوافر عنها بيانات تتراوح معدلات الانتحار بين 3.4 لكل 100 000 نسمة في المكسيك وبين 14.0 لكل 100 000 نسـمة في الصين و34.0 لكل 100 000 نسمة في الاتحاد الروسي.

ومن العسير للغاية إيجاد تفسير عام لهذه التباينات. وكثـيرا مـا تعتـبر التغـيرات الاجتماعية الاقتصادية (مهما كان اتجاهها) عاملاً يسهم في تفاقم معدلات الانتحار. وعلـى الرغم من أن هذه العلاقة قد لوحظت في عدة مناسبات فإنه رُصدت أيضـاً زيـادات فـي معدلات الانتحار في فترات شهدت استقراراً اجتماعياً اقتصادياً، بينما لوحـظ ثبـات هـذه المعدلات خلال فترات شهدت تغيرات اجتماعية اقتصادية كبرى. وعلى الرغم من ذلك قـد تخفي هذه الأرقام الاجمالية اختلافات هامة بين الشرائح السكانية. فعلى سبيل المثال يمكـن أن يخفي عدم تطور معدلات الانتحار زيادة في المعـدلات الخاصـة بالرجـال يعوضـها إحصائيا انخفاض في المعدلات الخاصة بالنساء (كما حدث مثلاً في أستراليا وشيلي وكوبـا واليابان وأسبانيا)؛ والأمر نفسه ينطبق على الفئات العمرية الواقعة على طرفي نقيض مثـل المراهقين والمسـنين (كما هو الشأن مثـلاً في نيوزيلندا) . وتبين أن زيادة معدلات البطالة

الشكل 2-4 تطور معدلات الانتحار المعدلة حسب السن خلال فترات محددة في بلدان يزيد عدد سكانها على 100 مليون نسمة



يصحبها عادة، وليس دائماً، انخفاض في معدلات الانتحار لدى عامة السكان (كما هو الشأن مثلاً في فنلندا)، ولكن تصحبها زيادة في معدلات الانتحار لدى المسنين والمتقاعدين (كما هو الشأن مثلاً في سويسرا).

ويبدو أن هناك علاقة طردية بين تعاطي الكحول (كما هو الشأن مثلا في دول البلطيق والاتحاد الروسي) وتيسّر الحصول على بعض المواد السامة (كما هو الشأن مثلاً في الصين والهند وسري لانكا) وعلى الأسلحة النارية (كما هو الشأن مثلاً في السلفادور والولايات المتحدة الأمريكية) وبين معدلات الانتحار في جميع البلدان الصناعية منها أو النامية التي تمت دراستها حتى الآن. ومرة أخرى يمكن أن تخفي الأرقام الإجمالية اختلافات كبيرة بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية، على سبيل المثال (كما هو الشأن مثلاً في الصين وجمهورية إيران الإسلامية).

والانتحار من أسباب الوفيات الرئيسية بين المراهقين الشباب. وهو من بين الأسباب الثلاثة الأولى للوفاة لدى الفئة العمرية 15-34 سنة. وكما تبين في المثالين الواردين في الشكل 2 5 يغلب الانتحار في الفئة العمرية 15-34، حيث يحتل المرتبة الأولى أو الثانية بين أسباب الوفيات لدى كلا الجنسين. ويشكل ذلك خسارة فادحة للمجتمعات في الشباب وهم في سنوات عمرهم الإنتاجية. ولا تتاح البيانات عن محاولات الانتحار إلاّ من بضعة بلدان، وتشير هذه البيانات إلى أن عدد محاولات الانتحار يمكن أن يزيد 20 مرة على عدد حالات الانتحار المؤدية إلى الموت.

الشكل 2-5 الانتحار كأحد أسباب الوفيات الرئيسية، بلدان مختارة من الإقليم الأوروبي والصين 15-34 سنة، 1998

الإقليم الأوروبي (بلدان مختارة)[أ]

كلا الجنسين	ذكــور	إنـــاث
1- حوادث المرور	1- حوادث المرور	1- جميع أنواع السرطان
2- الانتحار	2- الانتحار	2- حوادث المرور
3- جميع أنواع السرطان	3- جميع أنواع السرطان	3- الانتحار

الصين (مناطق مختارة)[ب]

كلا الجنسين (المناطق الريفية والحضرية)	ذكــور (المناطق الريفية)	إنـــاث (المناطق الريفية)
1- الانتحار	1- حوادث المركبات ذات المحركات	1- الانتحار
2- حوادث المركبات ذات المحركات	2- جميع أنواع السرطان	2- جميع أنواع السرطان
3- جميع أنواع السرطان	3- الانتحار	3- جميع الأمراض القلبية الوعائية

أ ألبانيا، أستراليا، بلغاريا، كرواتيا، الجمهورية التشيكية، إستونيا، فنلندا، فرنسا، ألمانيـــا، اليونــان، هنغاريـــا، إســرائيل، إيطاليـــا، كازاخستان، لاتفيا، ليتوانيا، لكسمبرغ، مقدونيا، مالطة، هولندا، النرويج، البرتغال، جمهورية مولدوفا، رومانيا، سلوفاكيا، ســـلوفينيا، أسبانيا، السلكة المتحدة.

ب Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistic Annual 1993*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Section A/B: China 11-7).

وقد أدت الإصابات التي يلحقها الناس بأنفسهم، بما فيها الانتحار، إلى نحـــو 000 814 حالة وفاة في عام 2000. وتسببت هذه الإصابات، طبقا لتقديرات عبء المرض العالمي لعام 2000، في 1.3% من كل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز.

وكثيراً ما يؤدي الاكتئاب إلى دفع المريض إلى الاقدام على الانتحار، ولكن المعـدلات مرتفعة أيضاً فيما يخص الفصام. وبالإضافة إلى هذا يرتبط الانتحار غالباً بتعاطي المخـدرات، أما لدى من يرتكبونه أو داخل الأسرة. وقد ثبت، في الآونة الأخـيرة، أن معظـم حـالات الانتحار في بعض بلدان وسط أوروبا وشرقيها تُعزى إلى تعاطي الكحول (Rossow 2000).

ومن المعلوم أن لتوافر وسائل الانتحار أثرا كبيرا في معدلات الانتحار في أي منطقـة كانت. وقد دُرست هذه المسألة على أفضل وجه بالنسبة إلى توافـــر الأسـلحة الناريـة، والنتيجة أن معـدل الوفيـات الناجمـة عن الانتحار مرتفع بين الذين اقتنوا أسلحة ناريـة في الماضي القريب (Wintemute et la. 1999). ومن بين كل الناس الذيـن توفـوا جـراء إصابتهم بأسلحة نارية في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1997 كان هنـاك 54% مـن الذين قتلوا أنفسهم بأيديهم (Rosenberg et al. 1999).

ولا بد دائماً، من مراعاة السياق المحلي لتفسير التباينات في معدلات الانتحار تفسـيرا دقيقاً. وهناك حاجة ماسة إلى الترصد الوبائي وإجراء البحوث المحلية السليمة مـن أجـل الإسهام في فهم هذه المشكلة الكبرى من مشاكل الصحة العمومية فـهما أفضـل وتحسـين إمكانيات توقّيها.

محدّدات الاضطرابات النفسية والسلوكية

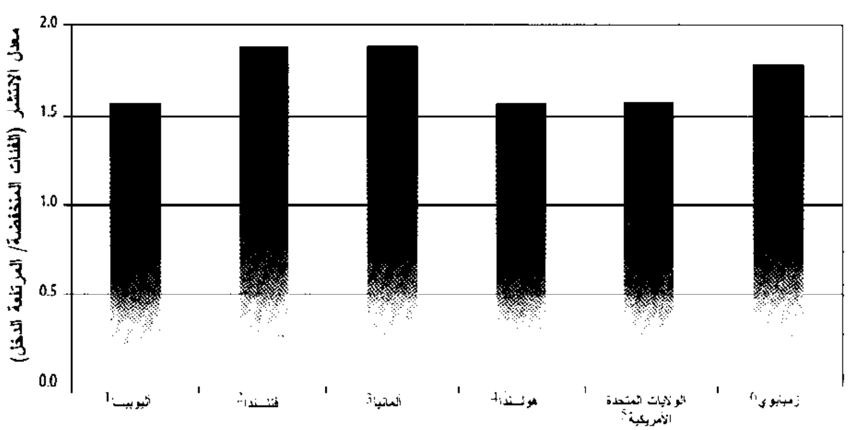
هناك مجموعة واسعة الاختلاف من العوامل التي تحدد معدل انتشار الإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية وبدايتها ومدتها. ومن هذه العوامل العوامل الاجتماعية والاقتصادية، والعوامل الديمغرافية مثل الجنس والسن، بالإضافة إلى الأحداث الخطيرة مثل النزاعات والكوارث، والإصابة بأمراض بدنية خطيرة، ومحيط الأسرة، وهي عوامل نوردها في إيجاز في هذا المقام من أجل بيان أثرها في الصحة النفسية.

الفقـــر

إن استشراء الفقر وما يرتبط به من أحوال، مثل البطالة وانخفاض مستوى التعليم والحرمان وعدم امتلاك المأوى ليس حكراً على البلدان الفقيرة فحسب ولكنه يمس أيضا أقلية كبيرة في البلدان الغنية. وتظهر البيانات المتأتية من مسوحات مشتركة بين الأقطار في كل من البرازيل وشيلي والهند وزمبابوي أن الاضطرابات النفسية الشائعة يزيد معدل تواترها بين الفقراء مرتين تقريبا على معدل تواترها بين الأغنياء (Patel et al. 1999). وفي الولايات المتحدة الأمريكية تَبين أن احتمالات إصابة الأطفال المنتمين إلى أفقر الأسر بالاضطرابات تزيد بنسبة 1:2 فيما يخص الاضطرابات السلوكية و1:3 فيما يخص الأمراض المتزامنة (Costello et al. 1996). وخلص استعراض أُجري لخمس عشرة دراسة إلى أن النسبة المتوسطة للانتشار العام للاضطرابات النفسية بين أدنى فئة اجتماعية اقتصادية وأعلى فئة اجتماعية اقتصادية تبلغ 1:2.1 لسنة واحدة و1:1.4 طوال العمر (Kohn et al. 1998). ووردت نتائج مشابهة في دراسات حديثة أجريت في أمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية وأوروبا (WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology 2000). ويبين الشكل 2-6 أن الاكتئاب أشيع بين الفقراء منه بين الأغنياء.

وهناك أيضاً قرائن تدل على أن مدة الاضطرابات تتحدد بالحالة الاجتماعية الاقتصادية للفرد (Kessler et al. 1994; Saraceno & Barbui 1997). وربما يكون ذلك نتيجة لاختلافات تتعلق بالخدمات، بما في ذلك العقبات التي تحول دون الحصول على خدمات الرعاية. ولا تملك البلدان الفقيرة غير موارد ضئيلة مخصصة لرعاية الصحة النفسية، بل إن هذه الموارد كثيراً ما لا تتاح لشرائح أفقر من المجتمع. وحتى في البلدان الغنية هناك عقبات كأداء تحول دون الحصول على الرعاية نتيجة الفقر وما يرتبط به من عوامل مثل انعدام التغطية التأمينية، وانخفاض مستويات التعليم، والبطالة، والانتماء إلى الأقليات الإثنية والعرقية واللغوية. والفجوة واسعة فيما يتعلق بالعلاج من معظم الاضطرابات النفسية، ولكنها هائلة إذا تعلق الأمر بالفئات السكانية الفقيرة. وفضلاً عن ذلك فإن السكان الفقراء لا يبوحون بمعاناتهم من مشاكل نفسية إلاّ عندما يؤمون المستشفي لعلاج الأمراض البدنية، كما هو مبين في الإطار 2-4.

الشكل 2-6 معدل انتشار الاكتئاب بين الفئات المنخفضة الدخل بالمقارنة مع معدل انتشار الاكتئاب بين الفئات المرتفعة الدخل فى بلدان مختارة



ملاحظة : يبين الخط الاسود المتصل الأفقي عند القيمة 1.0 أين يتساوى معدل انتشار الاكتئاب بين الفئات المنخفضة الدخل والفئات المرتفعة الدخل. ويأتي فوق هذا الخط من يحصلون على دخل منخفض ويرتفع بينهم معدل انتشار الاكتئاب.

[1]Awas M et al. (1999). Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (Suppl 397): 56–64.

[2]Lindeman S et al. (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 178–184.

[3]Wittchen HU et al. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28: 109–126.

[4]Bijl RV et al. (1998). Prevalence of psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 587–595.

[5]Kessler RC et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8–19.

[6]Abas MA, Broadhead JC (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 27: 59–71.

ولم تُبحث العلاقة بين الاضطرابات النفسية والاضطرابات السلوكية، بما فيها الاضطرابات ذات الصلة بتعاطي الكحول، والتنمية الاقتصادية للمجتمعات والبلدان بحثاً منهجياً. ولكن يبدو أن الحلقة المفرغة للفقر والاضطرابات النفسية على مستوى الأسرة (انظر الشكل 1-4) قد تعمل عملها على مستوى المجتمعات وعلى مستوى البلدان.

الجنس

ثمة تركيز متزايد على خصائص كل من الجنسين في دراسة معدل انتشار الاضطرابات النفسية والسلوكية وأسبابها ومدتها. فقد لوحظ، على مدى القرون الماضية، وجود نسبة أعلى من النساء بين نزلاء المصحات النفسية وغيرها من مرافق العلاج، غير أنه لا يعرف ما إذا كانت الاضطرابات النفسية أكثر حدوثاً فعلاً بين النساء أو لا، أو ما إذا كان يؤتى بالنساء إلى هذه المرافق للعلاج في مناسبات عديدة أو لا.

وكشفت دراسات مجتمعية حديثة أجريت وفق منهجية سليمة بعض الفروق الجديرة بالاهتمام في هذا الصدد . وإذا كان لا يبدو أن هناك فوارق في معدل انتشار إجمالي

الاضطرابات النفسية والسلوكية بين الرجال والنساء، فإن القلق والاكتئاب يشيعان بين النساء، بينما تستشري الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع بين الرجال (Gold 1998). ويبين جلّ الدراسات ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب والقلق بين النساء، ويتراوح المعدل العادي بين 1:1.5 و1:2. ولم تُسجل هذه الاستنتاجات في بلدان متقدمة فحسب بل في عدد من البلدان النامية أيضاً (Patel et al. 1999; Pearson 1995). ومن الجدير بالاهتمام أن نلاحظ أن الفوارق بين الجنسين في معدلات انتشار الاكتئاب فوارق ترتبط بالسن إلى حد بعيد؛ وتوجد أكبر الفوارق في مرحلة الكهولة مع عدم الإفادة بوجود اختلافات في مرحلة الطفولة ومع وجود اختلافات قليلة لدى المسنين.

وهناك حجج عديدة طُرحت لتعليل ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب والقلق بين النساء. ولا شك في أن العوامل الوراثية والبيولوجية تلعب دوراً ما على هذا الصعيد، على نحو

الإطار 2-4 آراء الفقراء في الأمراض التي تصيب الجسم والنفس

عندما يُسأل بعض الفقراء عن صحتهم،[1] فإنهم يذكرون مجموعة كبيرة من الإصابات والأمراض كالكسور التي تصيب الأطراف، والحروق، والتسمم بفعل المواد الكيميائية والتلوث، والسكري، والالتهاب الرئوي، والتهاب القصبات، والسل، والإيدز والعدوى بفيروسه، والربو، والإسهال، والتيفوئيد، والملاريا، والأمراض الطفيلية الناجمة عن المياه الملوثة، وحالات العدوى الجلدية، وسائر الأمراض الموهنة. وغالباً ما تثار المشاكل النفسية مع مشكلات بدنية أخرى وتتواتر أيضاً مناقشة الصعوبات المرتبطة بتعاطي المخدرات والكحول.

ومن آثار الفقر والمرض التي يشيع تبنيها في مجموعات النقاش، الكرب والقلق والاكتئاب وفقدان الاعتداد بالذات والانتحار. وهناك موضوع كثيراً ما يتطرق إليه وهو الكرب الناجم عن عدم القدرة على نهوض الفرد بأعباء أسرته. ويربط الناس بين أشكال عديدة من المرض بالكرب والحزن والشعور بعدم الارتياح، ولكنهم كثيراً ما يختارون ثلاثة أمور للتركيز عليها بصفة خاصة: وهي مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وإدمان الكحول، والمخدرات.

ولمرض الإيدز والعدوى بفيروسه أثر ضخم: ففي زامبيا حددت مجموعة من الشباب صلة سببية بين الفقر والبغاء والإيدز والوفاة في نهاية المطاف. كما ذكرت النقاشات الجماعية التي دارت في كل من الأرجنتين وغانا وجامايكا وتايلند وفييت نام وعدة بلدان أخرى أيضا الإيدز والعدوى بفيروسه وما يرتبط به من أمراض ومشاكل تؤثر في أساليب حياة الناس هناك وتثقل كاهل الأسر الموسعة.

ويعتبر الناس تعاطي المخدرات وإدمان الكحول من الأسباب الكامنة وراء العنف وانعدام الأمن والسرقة، كما يعتبرون أن الإنفاق على الكحول أو المخدرات وتعاطي الذكور للخمرة، والعنف المنزلي، هو من أعراض الفقر. ويبلغ كثير من مجموعات النقاش من جميع الأقاليم عن مشاكل خاصة بتعرض النساء للإيذاء البدني عند عودة الأزواج مخمورين إلى منازلهم؛ وتروى عدة مجموعات أن تعاطي البيرة يفضي إلى الفوضى الجنسية والمرض. ويشيع إدمان الكحول بين الرجال على وجه الخصوص. وفي كل من المناطق الحضرية والريفية في أفريقيا يذكر الفقراء الكحول أكثر مما يذكرون المخدرات.

ويكثر ذكر تعاطي المخدرات في المناطق الحضرية، ولاسيما في أمريكا اللاتينية وتايلند وفييت نام. كما تثار المسألة في بعض أجزاء بلغاريا وقيرغيزستان والاتحاد الروسي وأوزبكستان. ويعاني مدمنو المخدرات وأسرهم من التعاسة والشقاء.

1 Narayan D et al. (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York, Oxford University Press for the World Bank.

ما تبينه العلاقة الزمنية الوثيقة بين ارتفاع معدل الانتشار ومختلف مراحل عمر النساء اللائي في سن الإنجاب مع ما يرتبط بذلك من تغيرات هرمونية. فالتقلبات المزاجية المرتبطة بالتغيرات الهرمونية التي تحدث أثناء الدورة الشهرية وبعد الولادة ظاهرة معروفة جيداً. ويمكن بالفعل أن يكون الاكتئاب خلال الشهور القليلة التي تلي الولادة بداية اضطراب اكتئابي تكراري. بيد أن للعوامل النفسية والاجتماعية أيضاً أهميتها بالنسبة إلى الفوارق بين الجنسين في اضطرابي الاكتئاب والقلق. وقد تكون عوامل التوتر الفعلية والذاتية أكثر لدى النساء. فالدور التقليدي للنساء في المجتمعات يعرضهن أكثر لعوامل التوتر ويقلل من قدرتهن على تغيير ظروف حياتهن.

وهناك سبب آخر يفسر عدم الإصابة بالاضطرابات النفسية الشائعة للرجال والنساء بنفس الدرجة وهو ارتفاع معدلات العنف المنزلي والجنسي الممارس ضد النساء. فقد تبين وجود العنف المنزلي في جميع أنحاء العالم، وهو عنف تتحمل النساء القسط الأعظم من وطأته (WHO 2000b). وخلص استعراض للدراسات التي أجريت (WHO 1997a) إلى أن معدل التعرض للعنف المنزلي على مدى العمر يتراوح بين 16% و50%. والعنف الجنسي شائع أيضاً؛ وتشير التقديرات إلى أن امرأة من بين كل خمس نساء تتعرض للاغتصاب أو محاولة الاغتصاب في حياتها. ولهذه الظواهر المؤلمة عقابيلها النفسية التي يُعد الاكتئاب والقلق أشيعها على الإطلاق. وكشفت دراسة أجريت مؤخراً في نيكاراغوا أن النساء اللائي يعانين أزمات عاطفية تزداد احتمالات إبلاغهن عن إساءة أزواجهن معاملتهن ست مرات بالمقارنة مع النساء اللائي لا يعانين أزمات من هذا القبيل (Ellsberg et al. 1999). كما أن النساء اللائي يكنّ قد تعرضن لإساءة معاملة شديدة في الماضي تزداد احتمالات معاناتهن أزمات عاطفية عشر مرات على احتمالات تعرّض من لم يسبق أن عانين من إساءة المعاملة هذه.

وتعكف الدراسة البلدانية التي تجريها منظمة الصحة العالمية بشأن صحة المرأة والعنف المنزلي، وكذلك الدراسة العالمية الخاصة بسوء المعاملة في محيط الأسرة (World SAFE) التي تجريها الشبكة الدولية لأخصائيي الوبائيات السريريين (INCLEN 2001) على عينات سكانية في شتى البيئات على تقدير انتشار العنف الممارس على النساء من قبل من يعاشروهن وما ينجم عن ذلك من آثار على صحتهن. وفي كلتا الدراستين يُطلب من النساء ذكر ما إذا كانت فكرة الانتحار تراودهن أو ما إذا حاولن وضع حد لحياتهن. وتشير النتائج الأولية إلى علاقة بالغة الأهمية بين هذا العنف والتفكير في الانتحار (انظر الجدول 2-3). وعلاوة على ذلك، اتضح وجود العلاقة ذاتها فيما يخص العنف الجنسي وحده أو بالارتباط مع العنف الجسدي.

وعلى النقيض من الاكتئاب والقلق لا يبدو أن هناك فروقاً واضحة في الإصابة أو الانتشار فيما يخص اضطرابات نفسية شديدة مثل الفصام والاضطراب الانفعالي الثنائي القطب (Kessler et al. 1994). غير أنه يبدو أن الفصام يحدث في مرحلة مبكرة وأن مدة العجز الناجم عنه تكون أطول بين الرجال (Sartorius et al. 1986). ويبين جلّ الدراسات أن

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع تكون أشيع بين الرجال منها بين النساء.

والمراضة المتزامنة أشيع بين النساء منها بين الرجال. وتتخذ غالباً شكل تزامن حدوث حالات الاكتئاب والقلق والاضطرابات التي تتخذ شكل مرض بدني أي ظهور أعراض جسدية غير ناتجة عن أمراض بدنية. وهناك قرائن تدل على أن عدد الأعراض البدنية والنفسية التي تبلّغ عنها النساء أكبر من عدد الاضطرابات البدنية والنفسية التي يبلّغ عنها الرجال.

وهناك أيضاً قرائن تدل على أن معدل وصف الأدوية النفسية التأثير أعلى بين النساء (انظر الشكل 1-5)؛ ومن هذه الأدوية مضادات القلق ومضادات الاكتئاب والمهدئات والمنومات ومضادات الذهان. ويمكن تعليل ارتفاع معدل تعاطي الأدوية بارتفاع معدل انتشار الاضطرابات النفسية وارتفاع نسبة النساء اللائي يطلبن العلاج من هذه الاضطرابات. ويلعب موقف الأطباء أيضاً دوراً حاسماً في هذا الصدد، حيث إنهم قد يتبعون أسهل طريقة لوصف الأدوية عند مواجهة حالة نفسية اجتماعية تتطلب بالفعل تدخلاً في إطار الطب النفسي.

ويُعدّ ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع من الأمور الشائعة جداً بين الرجال في جميع أنحاء العالم. ومع ذلك فإن نسب الإصابة بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات آخذة في الزيادة السريعة بين النساء.

الجدول 2-3 العلاقة بين العنف المنزلي والتفكير في الانتحار

التعرض للعنف الجسدي من شريك الحياة الحميم	النسبة المئوية للنساء اللائي فكرن في الانتحار (<0,001 نسمة)							
	البرازيل[1] (العدد=940)	شيلي[2] (العدد=422)	مصر[2] (العدد=631)	الهند[2] (العدد=6327)	اندونيسيا[3] (العدد=765)	الفلبين[2] (العدد=1001)	بيرو[1] (العدد=1088)	تايلند[1] (العدد=2073)
عدد من فكرن في الانتحار	21	11	7	15	1	8	17	18
عدد من لم يفكرن في الانتحار	48	36	61	64	11	28	40	41

1 WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence (preliminary results, 2001). Geneva, World Health Organization (unpublished document).

2 الشبكة الدولية لأخصائيي الوبائيات السريريين (2001). *الدراسة العالمية الخاصة بالاستغلال في البيئة الأسرية*. مانيلا، الشبكة الدولية لأخصائيي علم الأوبئة السريريين. وقد سئلت النساء في هذا الاستبيان عن "ظواهر العنف الجسدية الخطيرة".

3 Hakimi M et al.(2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java.* Yogyakarta, Indonesia, Program for Appropriate Technology in Health.

وتتحمل النساء أيضا المسؤولية الكبرى عن رعاية المرضى النفسيين داخل الأسـرة. وهذه المسؤولية تزداد أهمية بتزايد عدد المرضى النفسيين الذين يعالجون ضمن المجتمع.

وخلاصة القول إن للاضطرابات النفسية محددات واضحة قائمة على نوع الجنس لابد من فهمها وبحثها بصورة أفضل من أجل تقييم عبء المراضة.

السـن

السن عامل هام من العوامل الحاسمة في تحديد الاضطرابات النفسـية. وقـد ورد بإيجاز فيما تقدم وصف الاضطرابات النفسية خلال مرحلتي الطفولة والمراهقـة. كمـا يلاحظ ارتفاع معدل الاضطرابات لدى المسنين. وبالإضافة إلى مرض آلزهايمر، الـذي ذكر أعلاه، يعاني المسنون أيضاً من عدد من الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخـرى. وعموما فإن معدل انتشار بعض الاضطرابات يتجه إلى الاستفحال مع التقدم في السـن. ويعد الاكتئاب أشيع هذه الاضطرابات. فهو يستشري بين المسنين؛ إذ تبين الدراسـات أن 8%-20% من المرضى الذين يتلقون الرعاية داخل المجتمع، و37% من المرضى الذين يتلقون الرعاية على مستوى الرعاية الأولية يعانون من الاكتئاب. وكشفت دراسة حديثـة أجريت على عينة من الناس داخل المجتمع المحلي أن نسبة المصابين بالاكتئاب بين مـن يزيد سنهم على 65 عاماً في هذه المجموعة السكانية تبلغ 11.2% (Newman et al. 1998). بيد أن دراسة حديثة أخرى حددت المعدل في وقت ما للاصابة بالاضطرابات الاكتئابية بمـا يبلغ 4.4% للنساء و2.7% للرجال، على الرغم من أن الأرقام المناظرة الخاصـة بمعـدل الإصابة طيلة الحياة تبلغ 20.4% و9.6%. ويشيع الاكتئاب أكثر بين الطاعنين فـي السـن الذين يعانون من اضطرابات بدنية مسببة للعجز (Katona & Livingston 2000). وتـؤدي الإصابة بالاضطراب إلى زيادات أخرى في الإصابة بالعجز لدى هذه المجموعة السـكانية. والاضطرابات الاكتئابية بين المسنين تظل، في غالب الأحيان، دون أن يُكتشف أمرها كمـا يحدث مع الكهول الأصغر سناً لأنها كثيراً ما تعتبر خطأ جزءا أصيلا من عملية التشيخ.

الـنزاعات والكـوارث

يتأثر عدد كبير من الناس بالنزاعات، بما فيها الحروب والقلاقل المدنية، وتؤدي تلـك النزاعات إلى حدوث مشاكل نفسية. إذ تشير التقديرات إلى أن هناك 50 مليون شخص فـي العالم ما بين لاجئين أو مشردين داخل أوطانهم. وعلاوة على ذلك يتـأثر ملاييـن البشـر بالكوارث الطبيعية، بما فيها الزلازل والفيضانات والزوابع والأعاصير وكـوارث مشـابهة واسعة النطاق (IFRC 2000). وتلقي هذه الأوضـاع عبئاً ثقيلاً على الصحة النفسـية للنـاس الذين يعيش معظمهم في بلدان نامية حيث تكون القدرة على الاعتناء بهذه المشاكل محـدودة جداً. ويعاني ما يتراوح بين ثلث ونصف المـتأثرين بهـذه الكـوارث من أزمات نفسـية. وأكثر الاضطرابات المشخصة تواتراً هو الكـرب الـذي يلي الإصابـات، والذي غالـباً ما يصحبه الاكتئاب أو القلق. وفضلاً عن هذا فإن معظم الأفراد يشكون من أعراض نفسية

لا تبلغ مبلغ الاضطرابات. ويحدث الكرب الذي يلي الإصابات بعد التعرض لحادث ينطوي على تهديد غير عادي أو فاجع، ومن علاماته الذكريات التي لا تنسى وتجنب الظروف المرتبطة بالحادث المسبب للكرب واضطرابات النوم وسرعة التهيج والغضب وعدم التركيز والحذر المبالغ فيه. ويبلغ المعدل الآني لانتشار هذا الاضطراب لدى عامة السكان، طبقاً لتقديرات عبء المرض العالمي 2000، 0.37%. وقد احتدم الجدل حول التشخيص المحدد لهذا الاضطراب لأنه يختلف باختلاف الثقافات ولأنه كثيراً ما يتكرر. وقد أُدرج هذا الاضطراب ضمن فئة تشخيصية استُحدثت لأسباب اجتماعية سياسية معينة (Summerfield 2001). وحتى إذا كان بعض الناس يرون عدم ملاءمة هذا التشخيص فإن الآراء تتضافر، عامة، على الاعتراف بالأهمية العامة للمراضة النفسية بين الأفراد الذين يتعرضون لإصابات شديدة.

وقد بينت الدراسات التي شملت ضحايا الكوارث الطبيعية ارتفاع معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية. وكشفت دراسة حديثة أجريت في الصين ارتفاع معدل ظهور أعراض الاضطرابات النفسية ورداءة نوعية الحياة بين أولئك الذين يبقون على قيد الحياة بعد حدوث الزلازل. كما بينت الدراسة أن الدعم المقدم بعد حلول الكوارث له أثره في تحسين عافية الناس (Wang et al. 2000).

الأمراض البدنية الرئيسية

تؤثر الإصابة بأمراض بدنية خطيرة في صحة الفرد النفسية وصحة الأسرة برمتها. ولمعظم الأمراض المقعدة أو تلك التي تتهدد الحياة بصورة خطيرة، بما في ذلك مختلف السرطانات لدى الرجال والنساء، هذا الأثر. ويرد هنا وصف للحالة فيما يخص الايدز والعدوى بفيروسه كبيان لهذا التأثير.

ينتشر فيروس العوز المناعي البشري بسرعة شديدة في العديد من أنحاء العالم. وفي أواخر عام 2000 بلغ مجموع عدد الناس الذين أصيبوا بالايدز والعدوى بفيروسه 36.1 مليون شخص كما بلغ عدد من لقوا حتفهم بالفعل 21.8 مليون شخص (UNAIDS 2000). ومن بين حالات العدوى الجديدة البالغ عددها 5.3 مليون حالة في عام 2000 تشكل حالات العدوى لدى الأطفال نسبة 1 إلى 10، وتشكل حالات إصابات النساء نصف عدد الحالات تقريبا. وفي 16 بلدا من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تزيد نسبة المصابين بفيروس العوز المناعي البشري الذين هم في سن الإنجاب الآن على 10%. وأدت تفشيات الإيدز والعدوى بفيروسه إلى انخفاض معدل النمو الاقتصادي كما أنها تتسبب في خفض متوسط العمر المأمول بنسبة 50% في أشد البلدان تضرراً. وفي كثير من البلدان يشكل الايدز والعدوى بفيروسه تهديداً للأمن الوطني. ونظراً لعدم وجود علاج شاف ولا لقاح فإن الوقاية من انتقال الفيروس تظل السلاح الرئيسي ثم تأتي بعد ذلك المساعدة والرعاية المقدمتين إلى المصابين بفيروس العوز المناعي البشري كشكل من أشكال التدخل التي تفرض نفسها.

وآثار هذا الوباء في الصحة النفسية هائلة. حيث تعاني نسبة من الأفراد من آثار نفسية (اضطرابات ومشاكل) نتيجة إصابتهم بالعدوى. كما يلعب الوصم والتمييز الموجهان ضد المصابين بالإيدز والعدوى بفيروسه دورا كبيراً في الكرب النفسي الذي يعانونه والذي يتراوح بين القلق أو الاكتئاب وبين اضطرابات التكيف (Maj et la. 1994a). ويمكن أيضاً ملاحظة حدوث بعض الاضطراب في القدرات والملكات إذا اتجه الاهتمام نحو معرفة أسبابه (Maj et al. 1994b; Starace et al. 1998). وفضلاً عن ذلك، يعاني أفراد الأسرة أيضاً من عواقب الوصم، ثم عليهم أن يواجهوا مصيبة فقد المريض. والتأثيرات النفسية الواقعة على أفراد الأسر المنهارة وعلى الأطفال الذين يتيتمون بسبب مرض الإيدز لم تخضع بعد للدراسة بالتفصيل، ولكنها آثار قد تكون هائلة.

وهذه الأوضاع المعقدة، التي يؤدي فيها المرض البدني إلى عواقب نفسية، على مستوى كل من الفرد والأسرة والمجتمع، تتطلب إجراء تقييم شامل من أجل تحديد الأثر الكامل الذي يلحق بالصحة النفسية. وهناك حاجة إلى الاضطلاع بالمزيد من البحوث في هذا الميدان.

العوامل الأسرية والبيئية

تتوقف الاضطرابات النفسية كثيراً على البيئة الاجتماعية للفرد. وهناك مجموعة من العوامل الاجتماعية تؤثر في حدوث هذه الاضطرابات ومدتها وعواقبها.

وتمرُّ على الناس سلسلة من الأحداث الهامة طوال حياتهم، منها أحداث ثانوية ومنها أحداث هامة على السواء. وبعض هذه الأحداث سار (مثل الترقية في العمل) أو محزن (مثل موت عزيز أو الفشل في ميدان الأعمال). وقد لوحظ تلاحق أحداث الحياة قبيل الإصابة بالاضطرابات النفسية (Brown et al. 1972; Leff et al. 1987). وعلى الرغم من غلبة الأحداث المحزنة قبل بداية الاضطرابات الاكتئابية أو قبل عودة ظهورها فإن زيادة وقوع الأحداث (المحزنة والسارة) تسبق الإصابة باضطرابات نفسية أخرى. وتشير الدراسات إلى أن جميع الأحداث الهامة في الحياة هي عوامل محدثة للكرب، كما وأنها إذا تعاقبت بسرعة تعرض الفرد للإصابة بالاضطرابات النفسية. ولا تقتصر هذه الظاهرة على الاضطرابات النفسية، فقد ثبت أنها ترتبط بعدد من الأمراض البدنية، مثل احتشاء عضلة القلب.

وليست أحداث الحياة بالطبع سوى عامل من عدة عوامل محددة (مثل الاستعداد الوراثي والشخصية والقدرة على مواجهة الأحداث).

وتكمن الأهمية الأساسية للبحث عن الأحداث التي تطرأ على حياة الفرد في التعرف على الأشخاص الذين يعتورهم الضعف نتيجة لمواجهتهم أحداثا ضخمة تترى الواحد تلو الآخر بسرعة (مثل فقدان العمل والترمل وتغيير محل الإقامة) . ولوحظ هذا التأثير أولا فيما يتعلق بالاكتئاب والفصام، ولكن تبين لاحقا وجود علاقة بين أحداث الحياة وتشكيلة من الاضطرابات والاعتلالات النفسية والسلوكية الأخرى. ومن أبرزها الانتحار.

وتلعب البيئة الاجتماعية والعاطفية داخل الأسرة أيضاً دوراً في الاضطرابات النفسية. وعلى الرغم من المحاولات التي بُذلت لمدة طويلة للربط بين الاضطرابات النفسية الخطيرة، مثل الفصام والاكتئاب، وبين البيئة الأسرية (Kuipers & Bebbington 1990) فقد تحقق بعض التقدم الجذري في الماضي القريب. فقد تم بوضوح الربط بين كل من البيئة الاجتماعية والبيئة العاطفية داخل الأسرة وبين معاودة الإصابة بالفصام، غير أنه لم يتم بالضرورة الربط بينهما وبين بداية هذا الاضطراب. وقد لوحظ، أولا، أن مرضى الفصام الذين يعودون إلى الإقامة مع أسرهم بعد خروجهم من المصحات أكثر عرضة للانتكاس. وأفضى ذلك إلى إجراء بعض البحوث بشأن سبب هذه الظاهرة. واستخدمت معظم الدراسات مفهوم "التعبير عن الانفعالات" من أفراد الأسر تجاه الفرد المصاب بالفصام. وشمل التعبير عن الانفعالات في هذه الدراسات الانتقادات والعدوانية والمشاركة الوجدانية المفرطة والحنوّ.

وأثبت عدد كبير من الدراسات التي أجريت في جميع أنحاء العالم أن التعبير عن المشاعر الانفعالية يمكن أن يكون أحد العوامل التي تساعد على تشخيص إحدى نوبات الفصام، بما في ذلك النُكَاس (Butzlaff & Hooley 1998). وهناك أيضا قرائن تدل على أن تغيير البيئة العاطفية داخل الأسر يمكن أن يؤدي، فضلاً عن تناول الأدوية المضادة للذهان، إلى الوقاية من النُكَاس. وهذه الاستنتاجات مفيدة لتحسين رعاية بعض المرضى داخل محيطهم الأسري، ويذكر أيضاً بأهمية العوامل الاجتماعية في تحديد مدة وعلاج الاضطرابات النفسية الخطيرة، مثل الفصام.

حل مشاكل الصحة النفسية

لقد تغير الأسلوب المتبع في رعاية المرضى النفسيين خلال الخمسين عاماً الماضية مـــن العلاج داخل مؤسسات استشفائية إلى نهج الرعاية المجتمعية الذي يقوم على وجود أســـرّة في المستشفيات العامة تُخَصّص للحالات الحادة. ويقوم هذا الأسلوب على احترام الحقــوق الأساسية للمصابين باضطرابات نفسية، وعلى اســـتخدام أحــدث التدخــلات والتقنيـــات. والتشخيص الموضوعي الصحيح أمر ضروري لتخطيط رعاية الفرد واختيـــار العـــلاج الناجع. وكلما تم التبكير بالعلاج المناسب كلما تحسّن مآل المـــرض. ويقتضـــي العـــلاج الملائم من الاضطرابات النفسية والسلوكية الاســـتعمال الرشـــيد للتدخـــلات الصيدلانيـــة والنفسية والنفسية الاجتماعية بطريقة حصيفة ومتكاملة. ويتم التدبـــير العلاجـــي لبعــض الأمراض بشكل تدخلات تستهدف الوقاية والعلاج والتأهيل.

3

حل مشاكل الصحة النفسية

نظـــرة مغـــايـــرة

إن رعاية المصابين باضطرابات نفسية وسلوكية كانت ولا تزال تعكس قيماً اجتماعية تتعلق بفهم المجتمع للمرض النفسي. وعلى مر العصور عولج المصابون باضطرابات نفسية وسلوكية بطرق مختلفة (انظر الإطار 3–1). فقد تبوأوا مكانة عالية في المجتمعات التي تعتقد أنهم وسطاء بين الآلهة والموتى. وكانوا، في أوروبا وغيرها من المناطق في العصور الوسطى يتعرضون للضرب والقتل حرقاً وأحياناً يحبسون في مؤسسات كبيرة. وتُجرى عليهم دراسات باعتبارهم أشياء تثير الفضول العلمي. كما أنهم في أحيان أخرى حظوا بالرعاية والإدماج في المجتمعات التي ينتمون إليها.

وشهد القرن التاسع عشر في أوروبا اتجاهين على طرفي نقيض. فمن ناحية، أصبح المرض النفسي موضوعاً مشروعاً للبحث العلمي؛ بإنشاء الطب النفسي كتخصص طبي، واعتبر المصابون بالاضطرابات النفسية من المرضى الذين يدخلون تحت مظلة الطب. ومن ناحية أخرى كان المصابون بهذه الاضطرابات، مثلهم في ذلك مثل المصابين بأمراض أخرى عديدة وممن يأتون أموراً اجتماعية مستهجنة، يُعزلون عن المجتمع في مؤسسات كبيرة شبيهة بالسجون، هي المصحات النفسية التي كانت تعرف سابقاً باسم مستشفى المجانين. ثم انتقلت هذه الاتجاهات إلى كل من أفريقيا والبلدان الأمريكية وآسيا.

وخلال النصف الثاني من القرن العشرين حدث تحول في أسلوب رعاية الصحة النفسية، وهو تحول يعزى أساساً إلى ثلاثة عوامل مستقلة.

- التقدم الكبير المحرز في علم الأدوية النفسية باكتشاف أصناف جديدة من الأدوية، ولاسيما الأدوية المضادة للذهان والأدوية المضادة للاكتئاب، وكذلك استنباط أشكال جديدة من التدخلات النفسية الاجتماعية.
- بروز حركة حقوق الإنسان كظاهرة دولية حقيقية برعاية الأمم المتحدة المنشأة حديثاً آنذاك، بالإضافة إلى تطور مبادئ الديمقراطية على نطاق عالمي وإن كان ذلك بدرجات مختلفة من مكان لآخر (Merkl 1993).

- إدراج العنصرين النفسي والاجتماعي بصورة قاطعة في مفهوم الصحة حسب التعريف الذي وضعته لها منظمة الصحة العالمية التي أنشئت كذلك حديثاً في عام 1948 (انظر الفصل 1).

وقد أدت هذه الأحداث التقنية والاجتماعية الاقتصادية إلى تحوُّل في النظرة إلى الأمور: إذ اتجهت الأفضلية إلى الإطار المجتمعي الأكثر انفتاحاً ومرونة على حساب المؤسسات الكبيرة الاحتجازية، التي أصبحت بمرور الوقت قمعية ومترديَّة.

وقد اتضح إخفاق المصحات النفسية بتكرار حالات العلاج الخاطئ للمرضى، والعزلة الجغرافية والمهنية للمؤسسات والعاملين بها، وقصور إجراءات التبليغ والإحصاء، وسوء الإدارة، وعدم كفاءة التنظيم، وسوء مستوى توجيه الموارد المالية، ونقص تدريب العاملين، وعدم كفاية إجراءات التفتيش وضمان الجودة. أضف إلى ذلك سوء الأحوال المعيشية في مستشفيات العلاج النفسي في جميع أنحاء العالم مما يؤدي إلى

الإطار 3-1 الرعاية النفسية: ما قيل في الماضي وما يقال اليوم

تسمح المقتطفات الثلاثة التالية بتكوين فكرة واضحة عن التطورات الطارئة على المواقف والسياسات تجاه معالجة المصابين بأمراض نفسية، وكيف أعيد النظر فيها، خلال المائة وخمسين سنة الماضية.

" لقد مرت اليوم ستة عشر عاماً على إلغاء استعمال القيود المادية [على المصابين بأمراض نفسية] ــ مثل سترة المجانين (قميص الكتّاف) أو ملابس التقييد أو سلاسل الرجلين أو اليدين أو الكراسي الإجبارية القسرية وما إلى ذلك. وقد كان النجاح حليف كل محاولة أجريت مع حسن النية. [...] ولعل أخطر ما يمكن تصوره هو الاعتقاد بأن ما يوصف بأنه الاعتدال في القسر يتفق مع خطة علاجية عامة توصف بأنها شاملة وإنسانية لا غبار عليها، ينبغي أن تلغى تلك القيود المادية بشكل مطلق حتى تكون فعالة."

1856 جون كونولي (1794-1866)، وهو طبيب إنكليزي كان مديراً لمستشفى الأمراض النفسية في هانويل إين.

المصدر: The treatment of the insane without mechanical restraints. London, Smith, Elder & Co.

"عند إنشاء اللجنة الوطنية كان همها الأساسي هو إضفاء طابع إنساني على رعاية المجانين: وذلك بوضع حد للاعتداءات والعنف والإهمال، وهو ما يعاني منه دائماً المصابون بأمراض نفسية؛ واسترعاء الاهتمام العام إلى ضرورة إصلاح الخدمات؛ وتحويل "المأوى" إلى مستشفى وتوسيع مرافق العلاج ورفع معايير الرعاية؛ وبإيجاز، كان همها هو ضمان حصول المصابين بأمراض نفسية على اهتمام طبي بالمستويات العالية ذاتها المطبقة عموماً بالنسبة إلى المصابين بأمراض بدنية."

المصدر: 1908، كليفورد بيرز (1876-1943) المؤسس الأمريكي للحركة الدولية للصحة النفسية وهو نفسه كان من نزلاء المستشفيات النفسية عدة مرات في كتابه بعنوان: *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.

"إننا نشكل حائلاً بين بعض الأشخاص، سواء كانوا محدودي الأفق أو لا، وبين الحقوق التي تمنح لهم لإتمام سياحاتهم وبحوثهم في عالم النفس بفرض عقوبة السجن المؤبد عليهم. وأي سجن هذا! إننا نعرف ــ أو بالأحرى لا نعرف ــ أن "المأوى" أو "مستشفى المجاذيب"، وهو ليس بمكان يؤوي أي شيء، هو عبارة عن سجن مرعب، إذ يعتبر نزلاؤه قوة عمل رخيصة وملائمة، والاعتداء هو القانون الذي يسوده، وكل ذلك مقبول لدينا. إن مستشفي الأمراض النفسية، تحت ستار العلوم والعدالة، هو بمثابة ثكنة وسجن وزنزانات عذاب.

المصدر: 1935 أنطونين آرتو (1896 - 1948) شاعر وممثل وكاتب مسرحي فرنسي أمضى سنوات عديدة من عمره في مستشفيات نفسية في كتابه بعنوان: *Open letter to medical directors of madhouses*. Paris, *La Revolution Surrealiste*, No. 3.

انتهاكات حقوق الإنسان وإزمان الأمراض. وفيما يتعلق بالمعايير المطلقة يمكن القول بأن الأحوال السائدة في المستشفيات الموجودة في البلدان المتقدمة أفضل من تلك السائدة في مستشفيات العديد من البلدان النامية. أمّا فيما يخص المعايير النسبية ـ بمقارنة معايير المستشفيات بالمعايير المجتمعية العامة في بلدان معينة ـ فإن من العدل القول بأن الأحوال السائدة في جميع مستشفيات العلاج النفسي أحوال سيئة. وقد لوحظت بعض الأمثلة على انتهاكات حقوق الإنسان في مستشفيات العلاج النفسي (الإطار 3-2).

وعلى النقيض من ذلك فإن الرعاية المجتمعية تسمح بمساعدة المصابين باضطرابات نفسية وسلوكية على التحكم أكثر في مصائرهم. وعلى الصعيد العملي تقتضي الرعاية المجتمعية استحداث طائفة واسعة من الخدمات على المستوى المحلي. وتستهدف هذه العملية، التي لم تبدأ بعد في كثير من البلدان والأقاليم، ضمان توفير بعض الوظائف الحمائية التي تضطلع بها المصحات النفسية، بشكل كامل، والتخلص من جوانبها السلبية. ويعني نهج الرعاية داخل المجتمع ما يلي :

- تقديم خدمات قريبة من البيت، بما في ذلك الرعاية في مستشفيات عامة سواء تعلق الأمر بقبول الحالات الحادة، أو توفير مرافق الإقامة لمدد طويلة داخل المجتمع؛

الإطار 3-2 انتهاكات حقوق الإنسان في مستشفيات الطب النفسي

لاحظت لجان حقوق الإنسان ظروفاً "مروعة وغير مقبولة" لدى زيارتها عدة مستشفيات للطب النفسي في أمريكا الوسطى[1] وفي الهند[2] خلال السنوات الخمس الماضية. والأوضاع ليست أفضل في عدة مستشفيات أخرى للطب النفسي في أقاليم أخرى في البلدان الصناعية والبلدان النامية على حد السواء. ولاحظت اللجنة قذارة ظروف العيش وتسرب المياه من السقوف وطفح المراحيض وتآكل البلاط وتكسر الأبواب والنوافذ. كان معظم المرضى في ملابس النوم أو عراة. وكان بعضهم محبوساً في أماكن ضيقة من عنابر المستشفيات حيث يمضون سحابة يومهم جلوساً أو وقوفاً أو مستلقين على البلاط. ويترك الأطفال مستلقين على حُصر على الأرض، وبعضهم ملطخ بالبول والبراز. بل أن الأمر تعدى ذلك كله، إذ شوهد العديد من المرضى مقيدين إلى أسرتهم.

وثلث أولئك المرضى، على الأقل، هم من المصابين بالصرع أو التخلف العقلي مما لا يستدعي دخولهم مؤسسات الطب النفسي ولا يعود بأي منفعة. فالأفضل أن يعودوا للعيش في المجتمع المحلي شريطة تزويدهم بالأدوية الملائمة وطائفة مكتملة من الخدمات ونظم الدعم المجتمعية المرتكز.

ولقد احتفظت عدة مستشفيات بهياكلها، وهي أشبه ما تكون بالسجون، في مبانيها التي تعود إلى عهود الاستعمار. ويطلق على المرضى اسم النزلاء وهو يتلقون الرعاية طوال الوقت على يد "حراس" يعملون تحت إشراف مسؤولين يطلق عليهم اسم "المراقبين"، أما العنابر فيشار إليها بعبارة "الباحات المسيجة". وتوجد في معظم المستشفيات "زنزانات" كثيراً ما تستخدم.

وفي ما يزيد على 80% من المستشفيات التي تمت زيارتها، ليس هناك وجود لاختبارات الدم والبول الروتينية. وثلث أولئك الناس على الأقل لا يعانون من مرض نفسي يبرر وجودهم في مثل هذا الموضع. وتتبع معظم المستشفيات طرائق غير ملائمة لقيد الملفات الخاصة بالحالات. أما المستشفيات التي تستخدم ممرضين وممرضات مؤهلين في مجال الطب النفسي فيقل عددها عن 25%، كما أن أقل من نصف المستشفيات يضم عاملين اجتماعيين متخصصين في علم النفس والطب النفسي.

1. Levav I, Gonzalez VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:83-86.
2. National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India

- القيام بتدخلات ملائمة لحالات العجز وللأعراض؛
- توفير خدمات ورعاية تتناسب مع التشخيص ومع احتياجات كل فرد؛
- تقديم مجموعة متنوعة من الخدمات التي تلبي احتياجات المصابين باضطرابات نفسية وسلوكية؛
- تقديم خدمات تقوم على التنسيق بين مهنيي الصحة النفسية والمؤسسات المجتمعية؛
- توفير خدمات جَوَّالة بدلاً من الخدمات الثابتة، بما في ذلك الخدمات التي يمكن أن تقدم العلاج في البيت؛
- إقامة شراكات مع مقدمي خدمات الرعاية وتلبية احتياجاتهم؛
- وضع تشريعات لدعم الجوانب الآنفة الذكر الخاصة بالرعاية.

وقد أسفرت القرائن المتراكمة الدالة على جوانب قصور مستشفيات العلاج النفسي، بالإضافة إلى العوامل المذكورة آنفاً وإلى إدراك الآثار الضارة المترتبة على تلك المؤسسات ــ حيث أن العزلة الاجتماعية للمرضى تعد مصدراً للعجز بالإضافة إلى إدخالهم إلى مصحات نائية ــ عن ظهور حركة تطالب "بإلغاء الطابع المؤسسي للمستشفيات النفسية". وعلى الرغم من أن إلغاء ذلك الطابع يشكل جزءاً هاماً من إصلاح الرعاية الصحية فإنه لا يعني صرف النظر عن قبول المرضى في المستشفيات. فإلغاء الطابع المؤسسي عملية معقدة تؤدي إلى تنفيذ مجموعة قوية من البدائل المجتمعية دون اللجوء إلى إغلاق المصحات النفسية. ذلك أن إغلاق المصحات النفسية دون إيجاد بدائل مجتمعية أمر خطير مثله مثل إيجاد بدائل مجتمعية دون إغلاق المصحات النفسية. فكلا الأمرين يجب أن يتم في وقت واحد وبطريقة منسقة جيداً وتدرّجية. وتشكل عملية إلغاء الطابع المؤسسي على نحو سليم من ثلاثة عناصر أساسية :

- تجنب إدخال المرضى الى المصحات النفسية بدون داع، وذلك من خلال توفير المرافق المجتمعية؛
- إخراج المرضى المصابين باضطرابات مزمنة من المؤسسات الاستشفائية إلى المجتمع بعد إعدادهم جيداً لمواجهة عالمهم الجديد؛
- إرساء قواعد الدعم المجتمعي والمحافظة عليه خدمة للمرضى الذين لا يتلقون العلاج داخل مؤسسات استشفائية.

غير أن إلغاء الطابع المؤسسي لم ينجح نجاحاً كاملاً، ومازالت الرعاية المجتمعية تواجه بعض المشاكل العملية. والسبب وراء هذا الإخفاق النسبي أن الحكومات لم تخصص للرعاية المجتمعية الموارد التي تراكمت نتيجة لإغلاق المستشفيات، وأن الأطباء لم يُعدّوا إعداداً كافياً لقبول فكرة تطور الأدوار التي عليهم الاضطلاع بها، وأن الوصم المرتبط بالاضطرابات النفسية مازال قوياً مما يؤدي إلى اتخاذ الناس مواقف سلبية من

المصابين باضطرابات نفسية، بل أن الكثير من المصابين باضطرابات نفسية شديدة يــزج بهــم في غياهب السجون أو يصبحون مشردين لا يؤويهم بيت ولا سقف.

وقد أدى هذا التحول الجوهري، بالانتقال من المستشفى إلى المجتمع، بعديــد مــن البلدان إلى إدخال تعديلات بعيدة المدى على سياساتها. من ذلك، علــى ســبيل المثــال، القانون 180، الذي سنّته إيطاليا في عام 1978 والذي يقضي بإغلاق جميــع المستشــفيات النفسية، مما أضفى طابعاً رسمياً على اتجاه موجود سلفاً في رعاية المرضــى النفســيين وعجّل بهذا الاتجاه. وتنص الأحكام الرئيسية لهذا القانون على عدم إدخــال أي مرضــى جدد إلى مستشفيات حكومية كبيرة وعدم إعادة إدخال المرضى إلى تلــك المستشــفيات، وعدم إقامة مصحات جديدة للعلاج النفسي. وينص كذلك على ألا يزيد عدد الأسرّة فــي أقسام العلاج النفسي في المستشفيات العامة على 15 سريراً وعلى وجوب أن تتبــع هــذه الأسرّة المراكز المجتمعية للصحة النفسية، وعلى أن المرافق المجتمعية المرتكز، المزودة بأطباء الصحة النفسية الموجودين مسؤولة عن مناطق محددة. وللقانون 180 أثر يتجــاوز إلى حد بعيد الولاية القضائية الإيطالية.

والنموذج السائد في تنظيم الرعاية الشاملة في مجال العلاج النفسي في بلدان أوروبيــة عديدة هو إنشاء مناطق محددة جغرافياً يُطلق عليها اسم قطاعات. وقد نشأ هذا المفهوم في فرنسا في منتصف القرن العشرين ومنذ الستينات من القرن العشرين فصاعداً طُبق علــى نطاق واسع المبدأ التنظيمي المتمثل في التقسيم إلى قطاعات في جل بلدان أوروبا الغربيــة مع تفاوت حجم القطاع بين 000 25 و000 30 نسمة. وهناك نقاط كثيرة مشــتركة بيــن مفهوم الدائرة الصحية في استراتيجية الرعاية الصحية الأولية وبين هذا النهج القطاعي.

وبرامج رعاية المصابين بمشاكل نفسية وسلوكية لا تحظى بالأولوية في كثير مــن البلدان النامية. ويقتصر تقديم خدمات الرعاية على عدد قليل من المؤسسات ـــ المكتظــة عادة بالمرضى ولا يوجد بها عدد كاف من العاملين ولا تتسم بالكفاءة ـــ وتجسد الخدمات فهماً محدوداً لاحتياجات المرضى أو مجموعة النُهُج المتاحة للعلاج والرعاية.

وغالبية السكان في معظم البلدان النامية لا تحظى بأية خدمات فيما يخص العــلاج النفسي؛ إذ أن الخدمات الوحيدة المتاحة توجد في المستشفيات النفسية. وعادة ما تكــون هــذه المصحات النفسية ذات طابع مركزي، ولا يسهل الوصول إليها ولهذا فإن النــاس لا يلجأون إليها غالباً إلا كملاذ أخير. وهذه المستشفيات ضخمة وتُقام للاقتصــــاد فــي الوظائف وليس للعلاج. وتصبح المصحات، من ناحية، مجتمعاً محلياً في حد ذاته وقليل الاتصال بعامة المجتمع. وتعمل المصحات بموجــب تشــريعات قمعيــة أكــثر منــها علاجيــة. وفي كثير من البلدان تضع قوانين سُنت منذ ما يربو على 40 عامــاً قيــوداً على قبول المرضى في المستشفيات أو إخراجهم منها. وفضلاً عن ذلك لا توجــد فــي غالبية البلدان النامية برامج تدريب كافية على المســتوى الوطنــي لتدريــب الأطبــاء النفسيين وممرضات الطب النفســي وعلماء النفس السريريين والأخصائيين الاجتماعيين

النفسيين وأخصائيي العلاج المهني. ونظراً لقلة عدد الأطباء التخصصيين يلجأ المجتمع إلى المداوين التقليديين (Saeed et al. 2000).

ونتيجة لهذه العوامل تبرز صورة سلبية للمريض النفسي تزيد من الوصمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية أو السلوكية. وحتى في عصرنا هذا لا تواكب هذه المؤسسات التطورات الطارئة على مسألة الحقوق الأساسية للمريض النفسي.

وقد حاولت بعض البلدان النامية، وخاصة في إقليم شرق المتوسط، وضع خطط وطنية لخدمات الصحة النفسية وتنمية الموارد البشرية ودمج الصحة النفسية في خدمات الرعاية الصحية العامة، عملاً بتوصية صدرت عن إحدى لجان الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية في عام 1974 (WHO 1975; Mohit 1999).

وفي عام 1991، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ حماية المصابين باضطرابات نفسية وتحسين رعاية الصحة النفسية مع تركيز الرعاية ضمن إطار المجتمع، وحقوق المصابين باضطرابات نفسية (United Nations 1991). ومن المسلّم به الآن أن انتهاكات حقوق الانسان يمكن أن تستمر بإهمال المرضى وذلك من خلال التمييز وعدم الاكتراث وعدم الحصول على الخدمات ومن خلال تدخلات تعسفية وتقييدية ورجعية.

وفي عام 1990، استهلت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية مبادرة لإصلاح عملية الرعاية الخاصة بالعلاج النفسي في الإقليم الأمريكي، وهي مبادرة أسفرت عن إعلان كاراكاس (الإطار 3-3). وقد دعا الإعلان إلى تطوير الرعاية الخاصة بالعلاج النفسي بالتنسيق الوثيق مع خدمات الرعاية الصحية الأولية وفي إطار النظام الصحي المحلي. وساعدت التطورات السالفة الذكر على حفز تنظيم رعاية الصحة النفسية في البلدان النامية.

وتنظيم خدمات الصحة النفسية داخل إطار الرعاية الصحية الأولية هو الأسلوب الذي كثيراً ما تمّ اللجوء إليه في البلدان النامية في الآونة الأخيرة. ويمكن اعتبار هذا الأمر من الضرورات لمواجهة نقص ما يلزم من المهنيين المدرّبين والموارد من أجل تقديم خدمات تخصصية. وهو يتيح، من ناحية أخرى فرصة تنظيم خدمات الصحة النفسية على نحو يقضي على الانعزال والأفكار المسبقة والتمييز. ويتسم نهج استخدام كل الموارد المجتمعية المتاحة بميزة مساعدة الأفراد والأسر والمجتمعات من جعل مسألة الصحة النفسية جدول أعمال لعامة الناس وليس للمهنيين. بيد أن رعاية الصحة النفسية لا تحظى حالياً في البلدان النامية بالاهتمام اللازم. وحتى في البلدان التي أبرزت فيها المشاريع الرائدة مزايا إدماج رعاية الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية (في البرازيل والصين وكولومبيا والهند وجمهورية إيران الإسلامية وباكستان والفلبين والسنغال وجنوب أفريقيا والسودان، مثلاً)، غير أن هذا النهج لم يتوسع ليشمل البلدان برمتها.

وعلى الرغم من الاختلافات الكبيرة بين رعاية الصحة النفسية في البلدان النامية والبلدان المتقدمة فإنها تعاني معاً مشكلة مشتركة: ألا وهي قلة الاستفادة من خدمات

العلاج النفسي المتاحة. وحتى في البلدان التي فيها خدمات راسخة بصورة جيدة لا يستفيد من الخدمات المتاحة سوى أقل من نصف من يحتاجون إلى الرعاية. ويتعلق هذا بالوصم المرتبط بالمصابين باضطرابات نفسية وسلوكية، وكذلك بعدم ملاءمة الخدمات المقدمة (انظر الجدول 3-1).

وقد ركّز تقرير كبير الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية لعام 1999 على قضية الوصم. وأشار التقرير إلى أنه "على الرغم من فعالية خيارات العلاج والطرق الممكنة الكثيرة للحصول على العلاج المختار فإن نحو نصف الأمريكيين المصابين بأمراض نفسية شديدة لا يسعون إلى تلقي العلاج. وكثيراً ما تكون الممانعة في السعي إلى تلقي الرعاية نتيجة محزنة لوجود عقبات حقيقية، وأولى هذه العقبات الوصم الذي يلحقه الكثيرون في مجتمعاتنا بالمرض النفسي وبالمصابين به."

الإطار 3-3 إعلان كاراكاس[1]

إن السلطات التشريعية والجمعيات والسلطات الصحية وأخصائيي الصحة النفسية وفقهاء القانون المجتمعين في المؤتمر الإقليمي المعني بإصلاح رعاية الطب النفسي في أمريكا اللاتينية ضمن نموذج النظم الصحية المحلية، ...

يعلنون أن

1- إصلاح رعاية الطب النفسي على أساس الرعاية الصحية الأولية ضمن نموذج النظم الصحية المحلية سوف تسمح بتعزيز نماذج خدمات بديلة مجتمعية المرتكز ومندمجة في شبكات الرعاية الاجتماعية والصحية.

2- إصلاح رعاية الطب النفسي في الإقليم تتطلب استعراضاً ناقداً للدور المهيمن المكرّس لطابع المركزية الذي تتسم به مستشفيات الطب النفسي في مجال تقديم خدمات الصحة النفسية.

3- الموارد والرعاية والمعالجة المتاحة يجب أن تساهم في ما يلي:

(أ) حفظ كرامة الشخص وحقوق الإنسان والحقوق المدنية؛

(ب) الرجوع إلى معايير رشيدة وملائمة من الناحية التقنية؛

(ج) السعي إلى ضمان بقاء المرضى في مجتمعاتهم.

4- إعادة صياغة التشريع الوطني إذا اقتضى الحال حتى يتسنى ما يلي:

(أ) حفظ حقوق الإنسان والحقوق المدنية للمصابين بالأمراض النفسية؛

(ب) ضمان حفظ هذه الحقوق من خلال تنظيم خدمات الصحة النفسية المجتمعية.

5- استعمال نموذج في التدريب في مجال الصحة النفسية والطب النفسي يقوم على المركز الصحي المجتمعي ويشجع قبول المصابين بأمراض نفسية في المستشفيات العامة وفقاً للمبادئ التي تستند إليها حركة الإصلاح.

6- المنظمات والجمعيات وسائر الهيئات المشاركة في هذا المؤتمر تتعهد بالدعوة ووضع برامج على الصعيد القطري بغية تعزيز إعادة الهيكلة بالشكل المستصوب، وتلتزم في الوقت ذاته بمراقبة حقوق الإنسان والدفاع عنها خدمة للمصابين بالأمراض النفسية وفقاً للتشريعات الوطنية والاتفاقات الدولية.

ولبلوغ هذا الغرض فإنهم يناشدون وزارات الصحة والعدل والمجالس النيابية والضمان الاجتماعي وسائر المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية والمنظمات المهنية وجمعيات المستهلكين والجامعات وسائر المرافق التدريبية ووسائل الإعلام أن تدعم إصلاح رعاية الطب النفسي، وبالتالي ضمان تنفيذها بنجاح لمصلحة سكان الإقليم.

1. اقتباس من نص اعتمده في 14 تشرين الثاني / نوفمبر 1990 المؤتمر الإقليمي المعني بإصلاح رعاية الطب النفسي في أمريكا اللاتينية الذي نظمته في كاراكاس، فنزويلا، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية / المكتب الإقليمي للأمريكتين التابع لمنظمة الصحة العالمية *International Digest of Health Legislation*, 1991, 42(2): 336-338.

الجدول 3-1 الاستفادة من خدمات الأطباء في حل المشاكل النفسية، أستراليا، 1997

الاستشارات الخاصة بالمشاكل النفسية	لا اضطرابات	أي اضطرابات	> 3 اضطرابات
	%	%	%
الممارسون العامون فقط	2.2	13.2	18.1
أطباء الصحة النفسية فقط[ب]	0.5	2.4	3.9
الأطباء والعاملون الصحيون الآخرون فقط [ج]	1.0	4.0	5.7
مزيج من الأطباء والعاملين الصحيين	1.0	15.0	36.4
أي أطباء وعاملين صحيين [د]	4.6	34.6	46.0

أ إشارة إلى من استشاروا مرة واحدة على الأقل طبيباً ممارساً عاماً خلال فترة الاثني عشر شهراً الماضية ولكنهم لم يستشيروا أي نوع آخر من الممارسين الصحيين.

ب إشارة إلى من استشاروا مرة واحدة على الأقل أخصائيي صحة نفسية (طبيب نفسي/ أخصائي نفسي/ فريق معني بالصحة النفسية) خلال فترة الاثني عشر شهراً الماضية ولكنهم لم يستشيروا أي نوع آخر من المهنيين الصحيين.

ج إشارة إلى من استشاروا مرة واحدة على الأقل مهنياً صحياً آخر (ممرضة/ أخصائي صحي في مجال غير الطب النفسي/ صيدلاني/ عامل إسعاف/ عامل أو مستشار في مجال الرعاية الاجتماعية) خلال فترة الاثني عشر شهراً الماضية ولكنهم لم يستشيروا أي نوع آخر من المهنيين الصحيين.

د إشارة إلى من استشاروا مرة واحدة على الأقل أحد المهنيين الصحيين خلال فترة الاثني عشر شهراً الماضية.

المصدر : : Andrews G et al.(2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation : overview of the Australian National Mental Heath Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145-153.

وخلاصة القول، إن النصف الأخير من القرن الماضي شهد تطور خدمات الرعاية نحو أسلوب الرعاية المجتمعية. ويقوم هذا التطور على دعامتين رئيسيتين: أولاً، احترام الحقوق الأساسية للمصابين باضطرابات نفسية؛ ثانياً، اللجوء إلى أحدث التقنيات والتدخلات. وفي أفضل الأحوال، تمت ترجمة هذا التطور في صورة إلغاء للطابع المؤسسي على نحو يتوخى الحذر، وذلك بدعم من الأخصائيين الصحيين ومتلقي الخدمات وأفراد الأسر وسائر فئات المجتمع التقدمية.

مبادئ الرعاية

تُعد فكرة الرعاية الصحية النفسية المجتمعية المرتكز أسلوباً شاملاً لا حلاً تنظيمياً. وتعني الرعاية المجتمعية المرتكز توافر إمكانية العلاج على صعيد المجتمع لأغلبية كبيرة من المرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية النفسية. وينبغي تقديم تلك الرعاية محلياً

وأن تكون ميسورة وأن تتيح تلبية شتى احتياجات الفرد. وينبغي أن يكون هدفها في النهاية هو المساعدة واستعمال تقنيات العلاج الفعالة التي تتيح للمصابين باضطرابات نفسية تحسين مهاراتهم الخاصة بمساعدة الذات، وإدماج البيئة الاجتماعية الأسرية غير الرسمية وآليات الدعم الرسمية. وبإمكان خدمات الرعاية المجتمعية المرتكز (على النقيض من خدمات الرعاية المقدمة في المستشفيات) تعبئة الموارد وإقامة التحالفات التي لن تتعرض إلى الإهمال أو الاستغلال.

ويمكن استخدام تلك الموارد، للعناية بالحالات التي لا تحظى بالعناية، بوجه عام، وهي الحالات التي تلفظها الخدمات الصحية من المستشفيات لتعتني بهم أسرهم التي لا تملك الاستعداد للقيام بذلك (بما يترتب على ذلك من عواقب نفسية اجتماعية سلبية على الطرفين). وهي تتيح الإدارة الفعالة الكاملة للعبء الاجتماعي والأسري، وتلك وظيفة تتحملها تقليدياً الرعاية المؤسسية. وهذا النوع من الخدمات منتشر في بعض البلدان الأوروبية وبعض الولايات الأمريكية وأستراليا وكندا والصين. وقد أقامت بعض بلدان أمريكا اللاتينية وأفريقيا وشرق المتوسط وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ خدمات ابتكارية (WHO, 1997b).

بيد أن الرعاية الجيدة حيثما طُبقت تعتمد على مبادئ إرشادية أساسية يتصل بعضها على وجه الخصوص بالرعاية الصحية النفسية. وتلك المبادئ هي: التشخيص؛ والتدخل المبكر؛ والاستعمال الرشيد لتقنيات العلاج؛ واستمرارية الرعاية؛ ووجود مجموعة واسعة من الخدمات؛ ومشاركة المستهلكين؛ وإقامة الشراكات مع الأسر؛ وإشراك المجتمع المحلي؛ والدمج في الرعاية الصحية الأولية.

التشخيص والتدخل

لتخطيط الرعاية الخاصة بكل حالة واختيار العلاج المناسب لها، لابد من تشخيص المرض بموضوعية وبشكل سليم. ويمكن تشخيص الاضطرابات النفسية والسلوكية بدرجة عالية من الدقة. ونظراً لوجود علاجات مختلفة لمختلف الأمراض فإن التشخيص يُعتبر منطلقاً هاماً لأي تدخل من التدخلات.

والتشخيص يتم من خلال التعريف بالمرض (طبقاً للتصنيف الدولي وللتسمية الدولية للأمراض والاضطرابات) أو بتحديد نوع ودرجة العجز الذي يعانيه الفرد أو بكلا الأسلوبين وذلك الأفضل.

ولا بد من التدخل في مرحلة مبكرة سواء للسيطرة على الأعراض والحيلولة دون تفاقمها لتصبح مرضاً خطيراً أو لتحسين نتائج العلاج. وكلما أعطي العلاج الملائم مبكراً تحسّن مآل المرض. ويُبرز المثالان التاليان أهمية التدخل المبكر.

- في حالة الفصام، أصبح من الثابت أهمية مدة ترك الذهان دون علاج. إذ يحتمل أن يؤدي التأخر في تلقي العلاج إلى نتائج أسوأ (McGorry 2000; Thara et al. 1994).

- تكون الفحوص والتدخلات السريعة فيما يخص المعرّضين بدرجة عالية للإصابة بمشاكل ذات صلة بتعاطي الكحول فعالة في الحد من تعاطي الكحول والأضرار المرتبطة به (Wilk et al. 1997).

ويقتضي العلاج المناسب من الاضطرابات النفسية الاستعمال الرشيد للتدخلات الصيدلانية والنفسية والنفسية الاجتماعية بطريقة هادفة ومتوازنة ومتكاملة بصورة جيدة في إطار العلاج السريري. ونظراً للأهمية القصوى التي تتسم بها مقومات الرعاية فقد ورد ذكرها مفصلاً في بقية هذا الفصل.

استمرارية الرعاية

لبعض الاضطرابات النفسية والسلوكية طابع مزمن على الرغم من فترات تهدأ فيها الأعراض، إذ تحدث حالات نُكاس يجعلها شبيهة بالاضطرابات الحادة. ورغم ذلك تكون هذه الاضطرابات مماثلة للأمراض البدنية التي يعالجها أطباء باطنيون. ومن ثم يكون أسلوب الرعاية المستمرة أنسب لها من أسلوب الرعاية المتبع عموماً فيما يخص الأمراض السارية والحادة مع ما يستتبع ذلك من آثار خاصة على الحصول على الخدمات وتوافر العاملين والتكاليف التي يتحملها المرضى والأسر.

واحتياجات المرضى وأسرهم احتياجات معقدة ومتطورة عبر الزمن، كما أن استمرارية الرعاية أمر هام في هذا الصدد. ويتطلب ذلك تغييراً في الطريقة التي يتم بها الآن تنظيم الرعاية. وتشمل بعض التدابير الكفيلة بتحقيق استمرارية الرعاية ما يلي:

- إنشاء عيادات مخصصة لمجموعات المرضى الذين يخضعون للتشخيص نفسه أو الذين يعانون المشاكل ذاتها؛
- إكساب مقدمي خدمات الرعاية مهارات الرعاية؛
- قيام الفرقة المختصة بالعلاج برعاية المرضى وأسرهم على السواء؛
- تثقيف المرضى وأسرهم بشكل جماعي؛
- الأخذ باللامركزية في مجال تقديم الخدمات؛
- دمج رعاية المرضى النفسيين في الرعاية الصحية الأولية.

تشكيلة واسعة من الخدمات

إن احتياجات المصابين بأمراض نفسية واحتياجات أسرهم أمور معقدة ومتباينة وهي تختلف باختلاف مراحل المرض. ويقتضي الأمر مجموعة كبيرة ومتنوعة من الخدمات من أجل تقديم الرعاية الشاملة إلى بعض المصابين بتلك الأمراض. ويحتاج أولئك الذين يُشفون من المرض إلى المساعدة من أجل استعادة مهاراتهم ومكانتهم من المجتمع. أما من يشفون شفاء جزئياً فقط فيحتاجون إلى المساعدة من أجل المشاركة في

مجتمع مفتوح. ورغم ذلك فإن بمقدور بعض المرضى، ولاسيما في البلدان النامية، ممن حصلوا على رعاية شبه مثلى الاستفادة من برامج التأهيل. وهذه الخدمات يمكن أن تغني عن الدواء أو توفر برامج تأهيل خاصة وتوفر الإسكان أو المساعدة القضائية أو أشكالاً أخرى من الدعم الاجتماعي الاقتصادي. وقد برهن العاملون المتخصصون، مثل الممرضات وعلماء النفس السريريين والأخصائيين الاجتماعيين وأخصائيي العلاج المهني والمتطوعين، على قيمتهم كعناصر أساسية في فرق الرعاية المرنة. والفرق المتعددة التخصصات مناسبة بوجه خاص، للتدبير العلاجي للاضطرابات النفسية نظراً لتعقد احتياجات المرضى وأسرهم في مختلف مراحل المرض.

إقامة شراكات مع المرضى وأسرهم

أدى ظهور حركات حماية المستهلكين في عدد من البلدان إلى تغيير الطريقة التي يُنظر بها إلى آراء الأطراف المعنية. فهذه المجموعات المعنية بحماية المستهلكين تتألف عموماً من المصابين باضطرابات نفسية ومن أسرهم. وقد تنامت في كثير من البلدان حركات حماية المستهلكين بالتوازي مع جماعات الضغط التقليدية التي تنافح عن المرضى النفسيين، مثل الحركات الأسرية. وتقوم حركات حماية المستهلكين على أساس الاعتقاد بحرية المريض في الاختيار فيما يتعلق بالقرارات الخاصة بالعلاج وغيرها من القرارات (انظر الإطار 3-4).

ولعل أفضل مثال على الحركات التي تدافع عن المستهلك، جمعية الكحوليين المجهولي الأسماء "Alcoholics Anonymous" التي أصبحت معروفة في جميع أنحاء العالم وحققت معدلات شفاء عالية مقارنة بالمعدلات التي تحققها الرعاية التقليدية في إطار العلاج النفسي. وقد أتاح توافر العلاج بمساعدة الحاسوب والدعم بالاتصال الإلكتروني المباشر من المرضى الذين شفوا من أسقامهم سبلاً جديدة لتلقي الرعاية. فالمصابون باضطرابات نفسية يمكن أن يحققوا نجاحاً بالغاً في مساعدة بعضهم البعض، كما أن الدعم الذي يقدمه النظراء أمر مهم في إبلال المرضى مما يلم بهم وفي اندماجهم مرة أخرى في المجتمع.

وكان لحركات حماية المستهلكين أثر كبير في السياسات الخاصة بالصحة النفسية في عدد من البلدان. إذ أدت، على وجه الخصوص، إلى زيادة توظيف المصابين باضطرابات نفسية في النظام التقليدي للصحة النفسية وكذلك في الوكالات الأخرى التي تقدم خدمات اجتماعية. إذ عُين مؤخراً أحد المصابين باضطراب نفسي، مثلاً، في منصب مدير إدارة الرعاية البديلة في وزارة الصحة بمقاطعة كولومبيا البريطانية في كندا، وهو الآن في مركز قوي يتيح له التأثير في السياسات والخدمات الخاصة بالصحة النفسية.

وتستهدف مناصرة المستهلكين العلاج الإلزامي ورعاية المرضى لأنفسهم بأنفسهم ودور المستهلكين في مجال البحوث وتقديم الخدمات والحصول على خدمات الرعاية.

وتشمل البرامج التي يديرها المستهلكون المراكز التي تستقبل المرضى وبرامج التدبير العلاجي للحالات وبرامج توفير الخدمات للمناطق النائية وتقديم الخدمات أثناء الأزمات.

ولم يحظ الدور الإيجابي الذي تضطلع به الأسر في برامج رعاية الصحة النفسية بالاهتمام إلا منذ وقت قريب نسبياً. ولم يعد الرأي السابق الذي كان يعتبر الأسرة عاملاً سببياً رأياً صالحاً. وقد اتسع دور الأسر الآن وتجاوز الرعاية اليومية إلى الدعوة المنظمة نيابة عن المرضى النفسيين. وهذه الدعوة ذات أهمية حيوية من أجل تغيير تشريعات الصحة النفسية في بعض البلدان وتحسين الخدمات وتطوير شبكات الدعم في بلدان أخرى.

وهناك براهين دامغة على فوائد إشراك الأسر في العلاج والتدبير العلاجي لمرضى الفصام والتخلف العقلي والاكتئاب وإدمان الكحول والاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة، ولا بد من تحديد دور الأسرة في العلاج من أمراض أخرى أكثر حسما بإجراء المزيد من الاختبارات المضبوطة بالشواهد. ولكن يبدو بالفعل أن المرضى الذين يعيشون مع أسرهم لديهم فرص أفضل في الشفاء من المرضى الذين يعيشون في

الإطار 3-4 دور المستهلك في رعاية الصحة النفسية

جرت العادة على أن ينظر إلى المستفيدين من خدمات رعاية الصحة النفسية من قبل مقدمي تلك الخدمات على أنهم مستلقون لا دور لهم، ولا يستطيعون الإعراب عن احتياجاتهم ورغباتهم كما أنهم يخضعون لأساليب الرعاية أو العلاج التي يضعها الآخرون. ولكنهم على مر الثلاثين سنة الماضية بدأوا يعبرون عن وجهات نظرهم بصفتهم مستهلكين إزاء الخدمات التي يحتاجونها ويريدونها.

ومن بين المبادئ الرئيسية في هذا الصدد الحق في تقرير المصير، وضرورة الحصول على المعلومات بشأن الأدوية وأساليب العلاج الأخرى، والحاجة إلى خدمات تسهل مشاركة المجتمع بشكل فعال، ووضع حد للوصم الاجتماعي والتمييز، وتحسين القوانين والمواقف العامة، وتذليل العقبات التي تحول دون الاندماج في المجتمع، والحاجة إلى خدمات بديلة يديرها المستهلكون، وتعزيز الحقوق القانونية وحمايتها، ووضع حد للزج بالناس في مؤسسات ضخمة مدى الحياة، في أغلب الأحيان.

وللمستهلكين والمنظمات التي ينضوون تحت لوائها آراء متباينة حول أحسن السبل إلى تحقيق المرامي المنشودة. وتطالب بعض المجموعات بتعاون وتعامل فعالين مع أخصائيي الصحة النفسية، في حين يسعى آخرون إلى إحداث قطيعة شاملة معهم. وهنساك أوجه اختلاف كبيرة أيضا بشأن مدى التعاون مع المنظمات التي تمثل أسر المرضى وإلى أي حد ينبغي أن يكون ذلك التعاون وثيقا.

ولا جرم في أن منظمات حماية المستهلكين في العالم تسعى إلى إسماع صوتها وتدعو إلى مراعاة المستهلكين لدى اتخاذ قرارات تخص حياتهم. ومن حق المصابين بأمراض نفسية أن يستمع إلى آرائهم في المناقشات الدائرة حول السياسات والممارسات في مجال الصحة النفسية والتي تضم الأخصائيين وأفراد الأسر والمشرعين وقادة الرأي العام. فوراء تلك الشعارات والتشخيصات هناك أشخاص حقيقيون تساورهم أفكار وخواطر وآراء وآمال بغض النظر عما قد يساور الآخرين من أفكار. فلا فرق بين أولئك المصابين بأمراض نفسية وباقي الناس. وهم يودون الحصول على الأمور الأساسية ذاتها في الحياة: الدخل المناسب والمسكن اللائق وفرص الدراسة والتدريب على الأعمال التي تؤدي إلى شغل وظائف حقيقية ومجدية والمشاركة في حياة المجتمع وإقامة علاقات صداقة وروابط اجتماعية وربط علاقات ود ومحبة.

مساهمة من جودي شامبرلين (البريد الإلكتروني MadPride@aol.com)، المركز الوطني للتمكين (National Empowerment Center)، مدينة لورانس، ولاية ماستشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية (الموقع على الإنترنت: http://www.power2u.org).

المؤسسات الاستشفائية. بيد أن دراسات دولية عديدة أثبتت وجـــود علاقـــة قويـــة بيـــن "المشاعر الانفعالية الشديدة" التي يعرب عنها الأقارب وبيـــن زيـــادة معـــدلات انتكـــاس المرضى الذين يعيشون معهم. ويمكن بتغيير المناخ الانفعالي في المنزل تقليـــل معـــدلات النكاس (Leff & Gamble 1995; Dixon et al. 2000).

وقد اعتبر العمل مع الأسر على الحد من النكاس دائماً من العوامل المكمّلة للأدويـــة الداعمة وليس بديلاً عنها. وواقع الأمر أن العلاج الأسري عندما يضاف إلـــى الأدويـــة المضادة للذهان يكون أنجع من العلاج الدوائي وحده في منع النكاس في حالـــة الفصـــام. وأظهر تحليل إحالي أجرته شركة Cochrane Collaboration تراجع معدلات النكاس بنسبة النصف تقريباً خلال عام أو عامين (Pharaoh et al. 2000). وما يبقى هو تحديـــد مـــا إذا كان بإمكان الفرق السريرية العادية تحقيق النتائج المدهشة التي حققتها المجموعات البحثية الرائدة التي أدت عملها في البلدان النامية أساساً. ففي البلدان النامية تشارك الأسرة عـــادة في علاج المرضى النفسيين عن طريق المداوين التقليديين والخدمات الطبية البيولوجيـــة على السواء.

وقد أدى ربط الأسر في شبكات على الصعيدين المحلي والدولي إلى دخول مقدمـــي خدمات الرعاية في شراكات مع الأطباء (الإطار 3-5). وبالإضافة إلـــى تقديـــم الدعـــم المتبادل أصبحت شبكات كثيرة تبذل جهوداً للتوعية وتعمل على تثقيف عامة الناس وزيادة الدعم الذي يقدمه واضعو السياسات ومكافحة الوصم والتمييز.

إشراك المجتمع المحلي

تحدد المعتقدات والمواقف والاستجابات المجتمعية العديد من جوانب الصحة النفسية. فالمصابون بأمراض نفسية هم من أفراد المجتمع، كما أن البيئة الاجتماعية من العوامـــل الحاسمة التي تحدّد الحصيلة التي يؤدي إليها المرض. فإذا كانت الظـــروف الاجتماعيـــة مواتية فإنها تسهم في الشفاء وإعادة الاندماج؛ أما إذا كانت سلبية فإنها يمكـــن أن تعـــزز الأحكام المسبقة والتمييز. وتشمل الجهود الرامية إلى تعزيز إشراك المجتمعات المحليـــة ونشر معلومات دقيقة عن الاضطرابات النفسية واستخدام الموارد المجتمعية في مبـــادرات محددة، مثل المتطوعين من أجل توقي الانتحار والتعاون مع المداوين التقليديين. ويمكـــن أن يؤدي تحويل الرعاية من المؤسسات الاستشفائية إلى المجتمع، في حد ذاته، إلى تغييـــر المواقف والاستجابات المجتمعية ومساعدة المصابين بأمراض نفسية على أن يعيشوا حيـــاة أفضل.

وتظهر دراسات أجريت في الكثير من البلدان الأفريقية والآسيوية أن نحو 40% من الذين يترددون على المداوين التقليديين يعانون من أمراض نفسـيه (Saeed et al. 2000). ولا يختلف ذلك كثيراً عن الصورة التي كشفتها دراسات أجريت في إطار رعاية الصحـــة العامة. فالعمل مع المداوين يعد بهذا مبادرة هامة من مبادرات الصحة النفســـية. ويـــزوّد الأطـــباء المداوين بمعلومات دقيقة عن الاضطرابات النفسية والسلوكية ويشجعونهم على

العمل كوكلاء لإحالة المرضى ويثنونهم عن الممارسات غير الصحيحة مثل التوصية بالامتناع عن الأكل وفرض العقوبات. وقد توصّل الأطباء إلى فهم مهارات المداوين في التعامل مع الاضطرابات النفسية الاجتماعية.

وقد لعبت المنظمات غير الحكومية دوراً هاماً في الحركات التي تعمل على تعزيز الصحة النفسية على مر التاريخ. فالشخص الذي أسس في عام 1906 أول منظمة غير حكومية ناجحة تُعنى بالصحة النفسية، وهي المنظمة التي تحولت فيما بعد إلى الاتحاد العالمي للصحة النفسية، كان أحد المستهلكين لخدمات الصحة النفسية، وهو كليفورد بيرز. ولهذه المساهمة أهمية لا مراء فيها.

الإطار 3-5 إقامة شراكات مع الأسر

للعاملين في رعاية الصحة النفسية وأسر المصابين بأمراض نفسية ومنظمات الدعم الأسري فائدة كبيرة في التعلم من بعضها البعض. ويمكن للعاملين الصحيين، من خلال التواصل المنتظم مع الأسر، أن يلموا بالمعارف والمواقف والمهارات التي يحتاجون إليها لتمكينهم من التعاون الفعال وليحيطوا علماً أيضاً بالمشاكل المطروحة مثل محدودية الموارد وكثرة عدد المرضى وعدم ملاءمة التدريب، مما يحول بين الأطباء السريريين والخدمات السريرية من إيتاء خدمات فعالة. ويمكن النظر، في مثل هذه الحالات، إلى الدعوة من جانب المنظمات الأسرية على أنها تنطوي على قيمة أكبر من "المصلحة الضيقة" للطبيب الأخصائي.

فعند حدوث مرض نفسي ما، يستفيد الأطباء من إقامة شراكة مبكرة مع الأسرة. ومن خلال هذا العمل المشترك، يمكن مناقشة مجموعة كبيرة من القضايا المتعلقة بالمرض، واستكشاف ردود فعل الأسر، ووضع خطة علاجية. وتستفيد الأسر بدورها من تعلم تقنيات حل المشاكل بغية رعاية المريض على أفضل وجه. ويرد أدناه وصف موجز لجمعيتين اثنتين لدعم الأسر كُللت أعمالهما بالنجاح في تلبية احتياجات المنتسبين إليهما، وفي الاتصال بالأخصائيين. وهما: *"المؤسسة الدولية لمكافحة مرض آلزهايمر"*، وهي منظمة تضم 57 رابطة وطنية لمكافحة مرض آلزهايمر في جميع أنحاء العالم. وهي تهدف إلى تأسيس روابط وطنية جديدة تعنى بمكافحة هذا المرض وتعزيز القائم منها وزيادة فعاليتها من خلال أنشطة مثل الاحتفال باليوم العالمي لمرض آلزهايمر، وهو عبارة عن مؤتمر سنوي؛ وجامعة مرض آلزهايمر (وهي عبارة عن سلسلة من الحلقات العملية التي تتناول القضايا التنظيمية الأساسية). وتتيح أيضاً معلومات بواسطة موقعها على الإنترنت (http://www.alz.co.uk)، ونشرات وقائعية، وكتيبات، ورسائل إخبارية.

وتعمل روابط مكافحة مرض آلزهايمر الوطنية على دعم المرضى المصابين بالخرَف وأسرهم. وهي تقدم المعلومات بالإضافة إلى المساعدة العملية والعاطفية مثل المساعدة بواسطة الهاتف ومجموعات الدعم والإقامة المؤقتة. كما توفر التدريب لمقدمي الرعاية والأخصائيين وتوعية الحكومات في هذا الصدد.

أما *"رابطة الزمالة العالمية لمرض الفصام والاضطرابات المرتبطة به"* فتركز على أن تقاسم المعارف، أي المعارف المهنية للعاملين في مجال الصحة النفسية، والحصيلة المعرفية للأسر والمستهلكين من خلال تجاربهم المعاشة، أمر حيوي لبناء الثقة. فبدون ثقة، لا يمكن غالباً إنشاء تحالف علاجي فعال، ويمكن أن يجد أفراد الأسرة والمستهلكون أنفسهم في نزاع مع بعضهم البعض.

وترمي هذه الشراكة المستمرة إلى تطوير القدرة على البت في القضايا لدى مقدمي خدمات الرعاية للأسر بحيث يستطيعون التغلب على التحديات المعقدة والمتعددة التي تواجههم، عوضاً عن الاعتماد الدائم على الدعم المهني. وتُعرَف هذه العملية باسم "التحول من القلق السلبي إلى الاهتمام الإيجابي". وتتعزز بالإحالة إلى منظمات الدعم الأسري التي ينبغي للمهنيين أن يوصوا بها بشدة لأفراد الأسرة كجزء مهم في خطة العلاج والرعاية الطويلة الأجل. ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات عن هذه الجمعية بواسطة البريد الإلكتروني على العنوان التالي: info@world-schizophrenia.org.

وهناك طرق شتى تمكّن من تغيير المجتمعات. وأهم هذه الطرق استخدام وسائل الإعلام الجماهيري في حملات التثقيف الموجهة إلى عامة الناس. ومن الأمثلة على ذلك شعارا "اهزموا الاكتئاب" و"تغيير آراء - كل أسرة في الميدان" وشعار يوم الصحة العالمي، 2001 - " لن نهمل الصحة النفسية ولن نغفل مرضاها". وقد أسفرت حملات توعية الجماهير عن تغيير المواقف إزاء المصابين باضطرابات نفسية في بلدان كثيرة مثل أستراليا وكندا والهند وجمهورية إيران الإسلامية وماليزيا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية. واستهلت الرابطة العالمية للأطباء النفسيين برنامجاً في عدد من البلدان من أجل مكافحة الوصم والتمييز ضد من يعانون من الفصام (انظر الإطار 4-9). ويستخدم البرنامج وسائل الإعلام الجماهيري والمدارس وأفراد الأسر كأعوان ومساعدين لإحداث التغيير.

وعلى الرغم من أن المجتمع في بلدان نامية كثيرة لا تمارس بالضرورة التمييز ضد المصابين بأمراض نفسية فإن الاعتقاد في السحر والقوى الخارقة والقدر ورغبات الآلهة الشريرة ، وما إلى ذلك، أمور يمكن أن تتعارض مع السعي إلى تلقي المساعدة والحصول على العلاج. ومن أفضل الأمثلة التي تبين كيف يمكن للمجتمع أن يرعى المرضى النفسيين بلدة "جيل" البلجيكية، وهي الموقع الذي يوجد فيه دون شك أقدم برنامج مجتمعي للصحة النفسية في العالم الغربي. فمنذ القرن الثالث عشر، وربما منذ القرن الثامن، يلقى المصابون بأمراض نفسية شديدة الترحيب من كنيسة القديسة ديمفا أو من الأسر الراعية في البلدة، والتي يعيشون معها لعقود عدة غالباً. واليوم تعتني هذه الأسر في بلدة جيل بنحو 550 مريضاً يعمل نصفهم تقريباً في وظائف في ورشات عمل خاصة بالعجزة.

الدمج في الرعاية الصحية الأولية

ثمة مبدأ هام آخر له دور حاسم في تنظيم رعاية الصحة النفسية هو الدمج في رعاية الصحة الأولية. والدور الأساسي للرعاية الأولية للنظام الصحي ككل مبين بوضوح في إعلان ألما آتا. فهذا المستوى الأساسي من الرعاية يعتبر حلقة وصل بين عامة السكان والرعاية الصحية التخصصية.

والاضطرابات النفسية من الأمور الشائعة، ومعظم الذين يعانون منها لا يُعتنى بهم إلا في إطار الرعاية الأولية؛ حيث كثيراً ما لا يُنْتَبه إلى تشخيص ما يعانونه (Ustun & Sartorius 1995). والأمراض النفسية أيضاً من السمات التي كثيراً ما تلازم الأمراض البدنية، كما أن أخصائيي الرعاية الصحية الأولية كثيراً ما يواجهون حالات الكرب العاطفي ولكنهم لا يستطيعون التعرف عليها. ومن التدابير الهامة في ميدان الصحة العمومية تدريب العاملين في مجالي الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية العامة على كشف وعلاج الاضطرابات النفسية والسلوكية الشائعة. ويمكن تسهيل هذا التدريب بالتشاور مع أخصائيي الصحة النفسية العاملين في إطار المجتمع المحلي الذين كثيراً ما يكونون متحمسين لتقاسم معارفهم.

وتعتمد نوعية وعدد الخدمات التخصصية اللازمة في مجال الصحة النفسية على الخدمات المقدمة على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وبعبارة أخرى لابد من تحقيق توازن في تقديم الخدمات بين الرعاية المجتمعية والرعاية في المستشفيات.

ويمكن أن يتابع أطباء الرعاية الصحية الأولية بصورة فعالة المرضى الذين يتم إخراجهم من أقسام العلاج النفسي (في المستشفيات العامة أو التخصصية). ومن الواضح أن للرعاية الصحية الأولية دوراً رئيسياً في البلدان التي لا توجد فيها خدمات مجتمعية المرتكز في مجال الصحة النفسية. وفي كثير من البلدان النامية يقدم العاملون في مجال الرعاية الصحية الأولية المدربون جيداً العلاج الملائم للمرضى النفسيين. ومن الجدير بالملاحظة في هذا الصدد أن الفقر الذي يعانيه بلد ما لا يعني بالضرورة أن يتلقى المرضى النفسيون رعاية رديئة. وتظهر التجارب التي أجريت في بعض بلدان أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية أن التدريب الكافي الذي يتلقاه العاملون في مجال الرعاية الصحية الأولية على تشخيص ومعالجة الاضطرابات النفسية في مرحلة مبكرة يمكن أن يحد من الطابع المؤسسي ويحسن صحة المرضى النفسية.

عناصر الرعاية

تتطلب معالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية – ربما أكثر مما تتطلبه معالجة سائر الأمراض الصحية ــ تحقيق التوازن بين ثلاثة عناصر أساسية هي : الدواء (أو العلاج الدوائي)؛ والعلاج النفسي؛ والتأهيل النفسي الاجتماعي.

وتقتضي معالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية بشكل رشيد معايرة حصيفة لكل عنصر من هذه العناصر. وستختلف النسب المطلوبة تبعاً للتشخيص الرئيسي وكذلك لأي مراضة بدنية ونفسية مشتركة وسن المريض والحالة الراهنة للمرض. وبعبارة أخرى ينبغي تكييف العلاج حسب احتياجات الفرد التي تختلف باختلاف أحوال المريض المعيشية وتطور مرضه. (انظر الشكل 3-1).

ويقتضي التوازن بين شتى التدخلات الالتزام بالمبادئ الارشادية التالية :

- ينبغي أن يكون لكل تدخل دواع لاستطبابات معينة حسب التشخيص، في حالات سريرية محددة؛
- ينبغي استعمال كل تدخل بمقدار محدد، أي ينبغي أن يكون مستوى التدخل متناسباً مع شدة المرض؛
- ينبغي أن يستمر كل تدخل مدة معينة، أي ينبغي أن يستمر للفترة التي تتطلبها طبيعة المرض وشدته، وينبغي إنهاؤه في أقرب وقت ممكن؛

الشكل 3-1 احتياجات المصابين باضطرابات نفسية



- ينبغي رصد كل تدخل بشكل دوري للتحقق من التقيد بالعلاج وتحقيق النتائج المرجوة، وكذلك التحقق من الآثار الضارة، وينبغي أن يلعب الشخص المعني بالتدخل دوراً فعالاً في عملية الرصد هذه.

ولكي يكون التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية والسلوكية ناجعاً لابد من الاهتمام بعناية بمسألة التقيد بالعلاج. والاضطرابات النفسية، في بعض الأوقات، تكون الأمراض مزمنة وهي بذلك تقتضي علاجاً قد يستغرق حياة المرء البالغ. والتقيد بالعلاج لمدد طويلة أصعب من التقيد به لمدد قصيرة. ومما يزيد من تفاقم الوضع أن وجود الاضطراب النفسي أو السلوكي يصحبه ضعف في التقيد بنظم العلاج.

وقد أجريت بحوث هامة بشأن العوامل التي تحسن التقيد بالعلاج. ومن هذه العوامل:

- وجود ثقة متبادلة بين الطبيب والمريض؛
- إنفاق الوقت والجهد في تثقيف المريض بخصوص أهداف العلاج والنتائج الناجمة عن حسن أو رداءة التقيد بالعلاج؛
- وضع خطة علاج بعد التفاوض بشأنها؛
- حشد أفراد الأسرة والأصدقاء لدعم خطة العلاج وتنفيذها؛
- تبسيط نظم العلاج؛
- الحد من النتائج الضارة المترتبة على نظم العلاج.

وقد تحقق، على مر السنين، إجماع بين الأخصائيين السريريين بشأن فعالية بعض التدخلات في معالجة الاضطرابات النفسية، وهذه التدخلات مبينة أدناه إلا أن المعلومات المتاحة عن المردودية لا تزال محدودة ومخيِّبة للآمال. ومن أسباب قلة المعلومات الرئيسية ما يلي: أولاً، إزمان بعض الاضطرابات النفسية الذي يقتضي متابعة طويلة الأمد للغاية لكي تصبح المعلومات ذات دلالة؛ ثانياً، اختلاف المعايير السريرية والمنهجية التي تقوم عليها الدراسات النادرة بشأن مردودية هذه التدخلات؛ ثالثاً، قيام معظم الدراسات المتاحة بمقارنة الطرق المتطورة لمعالجة اضطراب ما، وهي طرق كثيراً ما تكون غير مجدية في البلدان النامية. وعليه فقد اختيرت التدخلات المبينة أدناه نظراً لنجاعتها على الرغم من عدم استفادة كثير من الناس منها ــ وليس لمردوديتها. ومع هذا فقد تم، حيثما أمكن، تضمين أحدث المعلومات عن مردودية التدخلات.

العلاج الدوائي

لقد اعتبر اكتشاف وتحسين الأدوية المفيدة لمعالجة الاضطرابات النفسية في النصف الثاني من القرن العشرين ثورة في تاريخ الطب النفسي.

وهناك، أربَعةُ أصناف أساسية من الأدوية النفسية التأثير تستهدف أعراضاً محددة للاضطرابات النفسية وهي: مضادات الذهان، لعلاج الأعراض الذهانية؛ ومضادات الاكتئاب، لعلاج الاكتئاب؛ ومضادات الصرع، لعلاج الصرع؛ ومزيلات القلق أو المهدئات، لعلاج القلق. وتستخدم أنواع مختلفة من الأدوية لمعالجة المشاكل ذات الصلة بتعاطي المخدرات أو الكحول. ومن الجدير بالذكر أن هذه الأدوية تعالج أعراض الأمراض ولا تعالج الأمراض نفسها أو أسبابها. ومن ثم فالمقصود من الأدوية ليس الشفاء من الأمراض بل الحد من أعراضها أو السيطرة عليها أو الحيلولة دون النكاس.

وبالنظر إلى نجاعة معظم هذه الأدوية، التي كانت واضحة قبل انتشار استعمال التجارب السريرية المضبوطة بالشواهد فإن أحدث الدراسات الاقتصادية لا تركز فحسب على مردودية العلاج الدوائي الفعال مقارنة بالعلاج المموّه أو عدم تقديم رعاية على الإطلاق ولكنها تركز أيضاً على المردودية النسبية لأصناف الدواء الأحدث مقارنة بالأدوية القديمة. وينطبق ذلك بوجه خاص على مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان الأحدث فيما يتعلق بمضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات ومهدئات الأعصاب التقليدية، على التوالي.

ويبين توليف القرائن المتاحة أنه على الرغم من أن لهذه الأدوية النفسية التأثير الأحدث آثاراً جانبية ضارة أقل فإنها ليست أكثر نجاعة وهي كثيراً ما تكون أغلى ثمناً. بيد أن الارتفاع الكبير في تكلفة الحصول على الأدوية الأحدث تعوضه قلة الحاجة إلى الرعاية التي يقدمها الآخرون وإلى العلاج. فعلى سبيل المثال يمكن أن تشكل الأدوية التي يشملها الصنف الأحدث من مضادات الاكتئاب خياراً أكثر إغراء ومعقولية لوصف العلاج في البلدان المنخفضة الدخل عند انتهاء مدة تسجيل براءة اختراعها أو عندما تتاح بتكلفة مساوية لتكلفة الأدوية القديمة.

وتحتوي قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية على الحد الأدنى من الأدوية اللازمة للتدبير العلاجي الناجع للاضطرابات النفسية والعصبية ذات الأهمية في مجال الصحة العمومية. ورغم ذلك ينبغي عدم حرمان المرضى في البلدان الفقيرة أو النامية لأسباب اقتصادية من فوائد التطورات الطارئة على مجال الدوائيات النفسية. ومن الضروري العمل على إتاحة أفضل الأدوية الخاصة بعلاج الأمراض للجميع. ويقتضي هذا الأمر استخدام قائمة الأدوية الأساسية بمرونة.

العلاج النفسي

يهتم العلاج النفسي بالتدخلات المخططة والمنظمة التي تستهدف التأثير في السلوك والمزاج والأنماط الانفعالية لردود الأفعال على مختلف المنبهات من خلال وسائل نفسية لفظية أو غير لفظية. ولا يتضمن العلاج النفسي استخدام أية وسائل كيميائية حيوية أو بيولوجية.

وقد أثبتت عدة تقنيات وأساليب ــ تقوم على نظريات شتى ــ نجاعتها فيما يتعلق بمختلف الاضطرابات النفسية والسلوكية. ومن بين هذه التقنيات والأساليب العلاج السلوكي والعلاج المعرفي والعلاج القائم على العلاقات بين الأشخاص وتقنيات الاسترخاء وتقنيات العلاج الداعم (الاستشارات العلاجية) (WHO 1993b).

والعلاج السلوكي يتمثل في تطبيق مبادئ علم النفس على أساس علمي من أجل حل المشاكل السريرية (Cottraux 1993). وهو يقوم على مبادئ التعلم.

وتستهدف التدخلات السلوكية المعرفية تغيير أنماط التفكير والسلوك من خلال ممارسة طرق جديدة للتفكير والتصرف بينما ينشأ العلاج القائم على العلاقات بين الأشخاص من نموذج مفاهيمي مختلف يركّز على أربع مشكلات شائعة هي: عدم وضوح مختلف الأدوار، وتغيُّر الأدوار، وعدم القدرة على قبول المحتوم، وحالات القصور الاجتماعية.

ويستهدف الاسترخاء الحد من الإثارة، ومن ثم الحد من القلق، والعودة بهما إلى مستويات مقبولة من خلال مجموعة متنوعة من تقنيات الاسترخاء العضلي، مستمدة من أساليب مثل اليوغا والتأمل المتسامي والتدريب الذاتي والاسترخاء العميق. وهو يمكن أن يكون عاملاً مساعداً هاماً لأشكال أخرى من العلاج، كما أن المرضى يقبلونه بسهولة ويمكن تعلمه ذاتياً (WHO 1988).

ويقوم العلاج الداعم، الذي قد يكون أسهل أشكال العلاج النفسي، على العلاقة القائمة بين الطبيب والمريض. ومن العناصر الهامة الأخرى لهذه الطريقة تقديم التشجيع والتوضيح والتنفيس والنصح والاقتراح والتعليم. ويعتبر البعض أسلوب العلاج هذا الأسلوب الذي تستند إليه الرعاية السريرية الجيدة، ويقترح إدراجه كعنصر جوهري في برامج التدريب الخاصة بكل العاملين الصحيين الذين تُناط بهم مهام سريرية.

وتتسم مختلف أنواع العلاج النفسي – ولاسيما العلاجات السلوكية المعرفية والعلاج القائم على العلاقات بين الأشخاص – بالنجاعة في علاج الرُهاب وإدمان المخدرات والكحول والأعراض الذهانية مثل الهذيان والهلوسة. كما أنها تساعد مرضى الاكتئاب على مواجهة محنتهم بشكل أفضل وتقليل الكرب الناجم عن الأعراض.

وقد أبديت، في الآونة الأخيرة، ملاحظات مشجعة فيما يتصل بمردودية أسلوب العلاجات النفسية المستخدمة لمعالجة الذهان ومجموعة من الاضطرابات المزاجية والاضطرابات المرتبطة بالإجهاد، إلى جانب بديل للعلاج الدوائي أو كبديل للعلاج الدوائي. وتوضح البحوث دائماً أن تدخلات الطب النفسي تؤدي إلى تحسين الشعور بالرضا وإلى التقيد بالعلاج مما قد يسهم إلى حد بعيد في تقليل معدلات النكاس والإقامة بالمستشفيات والبطالة. أما التكاليف الإضافية للعلاج النفسي فإنها تعوّض نتيجة لعدم ضرورة اللجوء إلى الخدمات الصحية الأخرى (Schulberg et al. 1998; Rosenbaum & Hylan 1999).

التأهيل النفسي الاجتماعي

التأهيل النفسي الاجتماعي عملية تتيح الفرصة للأفراد الذين يشكون من نقائص أو عجز أو تعوّق بسبب إصابتهم باضطراب نفسي لتحقيق المستوى الأمثل للأداء المستقل داخل المجتمع. ويتضمن التأهيل النفسي تحسين المهارات الفردية وإحداث تغيرات في البيئة المحيطة (WHO 1995). فالتأهيل النفسي الاجتماعي عملية شاملة وليس مجرد تقنية بسيطة فقط.

وتختلف استراتيجيات التأهيل النفسي الاجتماعي حسب احتياجات متلقي الخدمات ووفقا للبيئة التي يتم فيها التأهيل (مستشفى أو مجتمع) والأحوال الثقافية والاجتماعية الاقتصادية في البلد الذي يتم فيه التأهيل. ويمثل الإسكان والتأهيل المهني والتوظيف وشبكات الدعم الاجتماعي جميع جوانب التأهيل النفسي الاجتماعي. كما تتمثل الأهداف الرئيسية للتأهيل النفسي الاجتماعي في مساعدة متلقي الخدمات، والحد من التمييز والوصم، وتحسين المهارات الاجتماعية للأفراد، وإقامة نظام دائم للدعم الاجتماعي. والتأهيل النفسي الاجتماعي هو أحد عناصر الرعاية الشاملة المجتمعية المرتكز للصحة النفسية. ففي شنغهاي في الصين، على سبيل المثال، تستفيد نماذج التأهيل النفسي الاجتماعي من الرعاية الأولية والدعم الأسري والدعم بالعلاج النفسي ومن المشرفين المجتمعيين وكذلك من إدماج المرضى في المؤسسات الاقتصادية والمصانع.

ويمكن التأهيل النفسي الاجتماعي أفرادا كثيرين من اكتساب أو استعادة المهارات العملية اللازمة للحياة والتفاعل الاجتماعي داخل المجتمع، كما يعلمهم كيفية مواجهة حالات العجز التي يشكون منها. وهو يشمل المساعدة على تنمية المهارات الاجتماعية والاهتمامات وأنشطة قضاء أوقات الفراغ التي تضفي شعورا بالمشاركة وبالقيمة

الشخصية، وهو يعلّمهم أيضاً المهارات الحياتية، مثل اتباع الحمية والنظافة الشخصية والطهي والتسوق وتدبير الميزانية والتدبير المنزلي واستعمال مختلف وسائل النقل.

التأهيل المهني والتوظيف

أسَّس مرضى نفسيون وعاملون صحيون واجتماعيون، وأحياناً مرضى يشكون من عاهات من غير المرضى النفسيين، تعاونيات عمالية في بلدان كثيرة مثل الأرجنتين والبرازيل والصين وساحل العاج وألمانيا وإيطاليا وهولندا وأسبانيا. وهذه الفرص المهنية لم تكن تهدف إلى إيجاد بيئة محمية بشكل مصطنع وإنما توفير التدريب المهني للمرضى النفسيين لكي يتاح لهم المشاركة في أنشطة مجدية اقتصادياً. ويرد في الإطار 3-6 بعض هذه الأمثلة.

الإطار 3-6 فرص العمالة في المجتمع

هناك آلاف الأمثلة الجيدة يمكن العثور عليها في سائر أنحاء العالم على أشخاص مصابين باضطرابات نفسية لم ينجحوا في الاندماج في مجتمعاتهم المحلية فحسب بل يؤدون أيضاً دوراً فعالاً ومهماً من الناحية الاقتصادية. ففي أوروبا وحدها يعمل نحو 10 000 شخص من هؤلاء في أعمال ومشاريع أنشئت لتوفير فرص عمل لهم. وترد أدناه أمثلة متعددة على فرص العمالة المتاحة في المجتمع المحلي.[1]

ففي بوواكي، ساحل العاج، أُنشئت مزرعة لتربية الدجاج استهلّت عملها بحفنة من الأشخاص المصابين بأمراض نفسية، بعضهم كان مكبلاً لسنوات عديدة. هذه المزرعة التي كان ينظر إليها المجتمع المحلي بعين الريبة في أول الأمر تحولت إلى مشروع كبير يُعد من مقومات المجتمع المحلي الآن. وتحولت الريبة التي صاحبت المشروع في بدايته تدريجياً إلى دعم صادق، خاصة عندما كانت المزرعة في حاجة ماسة إلى اليد العاملة وبدأت باستخدام العمال من المجتمع المحلي، وأصبحت بذلك أهم أرباب العمل في المنطقة.

وفي أسبانيا، أنشأت إحدى المنظمات غير الحكومية الرئيسية 12 مركزاً لإيتاء الخدمات تستخدم أكثر من 800 شخص يعانون من اضطرابات نفسية. ففي كابرا، الأندلس، هناك مركز هو عبارة عن مصنع للأثاث أنشئ لتحقيق أغراض تجارية ويستخدم 212 شخصاً قضت أغلبيتهم الساحقة مُدداً طويلة في مصحات للطب النفسي. والمصنع عصري جداً وله خطوط تجميع مختلفة ومتعددة حيث تُراعى احتياجات آحاد العاملين وقدراتهم. وقد كان هؤلاء العمال قبل سنوات قليلة فقط رهن المحبس في المستشفيات، وكثيرون مثلهم ممن يعانون من اضطرابات نفسية يلقون نفس المصير في أماكن أخرى. أما اليوم، فإن منتجاتهم تباع في أوروبا والولايات المتحدة.

وهناك تعاونية عمالية للمرضى الذين يعانون اضطرابات نفسية أسّسها في إيطاليا سنة 1981 تسعة أشخاص فقط، وهي اليوم تضم أكثر من 500 عضو عادوا إلى الحياة العملية وهم اليوم مندمجون في المجتمع. وتقدم التعاونية، كمئات التعاونيات مثلها، خدمات التنظيف والخدمات الاجتماعية للمسنين والمعوقين من الكبار والأطفال، وبرامج للتدريب على العمل وصيانة الحدائق والبساتين وأنشطة الصيانة العامة.

وفي بكين، بالصين، يوفر أحد أكبر مصانع القطن في البلاد مئات الشقق للعاملين فيه، بالإضافة إلى 140 سريراً في المستشفى ومدرستين. وحدث مؤخراً أن خضعت إحدى العاملات الشابات لفحص طبي أثبت أنها مصابة بالفصام وأقامت في المستشفى لمدة سنة. وبعد القضاء هذه المدة، عادت إلى شقتها وعملها السابق مع تقاضيها أجرتها كاملة. غير أنها شعرت، بعد شهر أنها لا تستطيع مجاراة زملائها، ومن ثم أُسند إليها عمل مكتبي. هذا الحل هو نتيجة تنفيذ صاحب العمل التزاماً قانونياً يقضي بإعادة المرأة إلى عملها بعد الإبلال من مرضها.

---

1. Harnois G, Gabriel P (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health Organization and International Labour Office (WHO/MSD/MPS/00.2).

وباستثمار الموارد غير المستغلّة للمجتمع ينشأ نموذج جديد له آثار بالغة على الصحة العمومية. وهذا النموذج، الذي يطلق عليه اسم "المشروع الاجتماعي"، بلغ مستوى متقدماً من التطور في بعض بلدان شرق المتوسط (de Leonardis et al. 1994). ومن وجهة نظر الصحة العمومية يعدّ التعاون بين القطاعين العام والخاص في مشروع اجتماعي ما تعاوناً يبشر بالخير. كما أنه يعوّض نقص الموارد ويوجد حلولاً بديلة في مجال التأهيل النفسي الاجتماعي التقليدي. ويمكن إشراك المصابين بالاضطرابات بصورة أنشط في العمل التعاوني الذي يعود بالنفع على صحتهم ويؤدي إلى استدرار الموارد.

الإسكان

إن الإسكان، الذي يمثل حقاً أساسياً، يصبح في أغلب الأحيان العقبة الرئيسية أمام عملية إلغاء الطابع المؤسسي وإصلاح العلاج النفسي. فكل إنسان يحتاج إلى مسكن لائق. أما الحاجة إلى أسرّة مخصصة للعلاج النفسي للمصابين باضطرابات نفسية فهي أمر لا يمكن التشكيك فيه.

وهناك اضطرابات نفسية محددة تجعل استخدام الأسرّة أمراً لابد منه في حالتين: أولاهما، في حالة عندما يكون الاضطراب النفسي في مراحله الحادة؛ وثانيهما، خلال فترة النقاهة أو المراحل المزمنة الحتمية التي يمر بها بعض المرضى. وتظهر الخبرات المكتسبة في بلدان عديدة في قارات أمريكا وآسيا وأوروبا أنه في المراحل الحادة أن أنسب الوسائل هو السرير الموجود في مستشفى عام. أما في فترة النقاهة أو المراحل المزمنة فقد حلّت مرافق الإقامة المجتمعية بنجاح محل المصحات العتيقة. وستظل الحاجة قائمة، في بعض الحالات، إلى إدخال المرضى إلى المستشفيات العامة لمدد قصيرة. وستحتاج مجموعة من المرضى قليلة العدد إلى مرافق إقامة أخرى. وهذه الحلول تُعد عناصر لا تناقض بينها من بين عناصر الرعاية المتكاملة، وهي تتماشى مع استراتيجية الرعاية الصحية الأولية.

وإلى جانب الأمثلة المذكورة آنفاً، هناك تجارب جديرة بالاهتمام في مجال التأهيل النفسي الاجتماعي تجري في كل من بوتسوانا والبرازيل والصين واليونان والهند وجمهورية إيران الإسلامية وماليزيا ومالي والمكسيك وباكستان والسنغال وجنوب أفريقيا وأسبانيا وسري لانكا وتونس (Mohit 1999; Mubbashar 1999; WHO 1997b). وهناك في هذه البلدان اتجاه رئيسي نحو الأنشطة المهنية والدعم الاجتماعي المحلي. والواقع أن هذا التأهيل النفسي الاجتماعي لا ينشغل في كثير من الأحيان بمسألة الإسكان لعدم توافر المساكن أصلاً. ولهذا ليس هناك بديل أمام المصابين باضطرابات شديدة ويحتاجون إلى مأوى إلا اللجوء إلى العلاج في إطار المؤسسات الاستشفائية. واستراتيجيات الإسكان الحالية تشكل عبئاً مالياً باهظاً بالنسبة إلى بلدان نامية كثيرة وعليه يجب إيجاد حلول ابتكارية.

أمــثلة لبيــان مدى الفعــالية

يمكن تصنيف التدخلات الخاصة بمعالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية في ثــلاث فئات رئيسية: الوقاية والعلاج والتأهيل. وهي فئات تقابل تقريباً مفاهيم الرعايــة الأوليــة والثانوية والرعاية من الدرجة الثالثة (Leavell & Clark 1965).

- *الوقاية* (الوقاية الأولية أو الحماية النوعية)، وهي تتضمن تدابير تنطبق علــى مــرض معين أو مجموعة أمــراض من أجــل محاصرة أســباب المــرض أو مجموعة الأمراض قبل أن تؤثر في الفرد؛ وبعبارة أخرى من أجل تلافــي حدوث المرض.
- *العلاج* (الوقاية الثانوية)، وهو يشير إلى التدابير الخاصة بوقف مــرض بــدأ بالفعل من أجل منع حدوث مزيد من المضاعفات والعقابيل والحد من العجــز وتوقّي الوفاة.
- *التأهيل* (الوقاية من الدرجة الثالثة)، وهو يتضمن التدابــير التــي تســتهدف المصابين بالعجز وإعادتهم إلى حالتهم الأولى أو تحقيق أقصى استفادة ممــا تبقى من قدراتهم. ويشمل التأهيل التدخلات على المستوى الفردي وإحــداث تغيرات في البيئة المحيطة.

وفيما يلي بعض الأمثلة على سلسلة من التدخلات الفعالة ذات الأهمية فــي مجــال الصحة العمومية. وذلك أن الإجراءات الوقائية فيما يتعلق ببعض هذه الاضطرابات هــي أنجع الوسائل في حين يُعدّ العلاج أو التأهيل أنجع أسلوب فيما يتعلق باضطرابات أخرى.

الاكــتئاب

لا توجد أية قرائن في الوقت الراهن تشير إلى نجاعة التدخلات المقترحة للوقايــة الأولية للاكتئاب باستثناء عدد قليل من الحالات الفردية. بيد أن هناك قرائن تــدل علــى نجاعة بعض التدخلات، مثل إنشاء نظم شبكات الدعم لحماية الفئــات الســريعة التــأثر، والتدخلات التي تركز على حالات محددة، والتدخلات التي تســتهدف الأســر والأفــراد السريعي التأثر، وكذلك المرافق الملائمة للفحص والعلاج فيمــا يتعلــق بالاضطرابــات النفسية في إطار الرعاية الأولية الخاصة بالعجز البدني (Paykel 1994). وقد تبين أن عدداً من برامج التحرّي والتثقيف والعلاج الخاصة بالأمهات يقلل الاكتئاب لدى الأمهات ويقــي من النتائج المترتبة عليه في صحة أطفالهن. ويمكن تنفيذ هذه البرامج في إطار الرعايــة الصحية الأولية، وذلك بفضل الزائرين الصحيين والأخصائيين الصحيين المجتمعيين، على سبيل المثال. بيد أن هذه البرامج لم تنتشر على نطاق واسع في إطار الرعاية الأولية حتى في البلدان الصناعية (Cooper & Murray 1998).

وتتمثل أهداف العلاج في تخفيف الأعراض والوقاية من النكاس، وزوال الأعراض تماماً في نهاية المطاف. وعلاج الخط الأول لمعظم المصابين بالاكتئاب يتألف اليوم من الأدوية المضادة للاكتئاب أو العلاج النفسي أو من مزيج من كليهما.

والأدوية المضادة للاكتئاب ناجعة في معالجة جميع أشكال نوبات الاكتئاب الرئيسية. ويبلغ معدل الاستجابة العام لمعالجة نوبات الاكتئاب المتوسطة نحو 70%. وأما فيما يتعلق بنوبات الاكتئاب الشديدة فيقل معدل الاستجابة العام ويكون الدواء أنجع من العلاج المموّه. وتظهر الدراسات أن مضادات الاكتئاب الأقدم (ثلاثية الحلقات) ADTs ناجعة مثلها مثل الأدوية الأحدث والزهيدة الثمن إذ تتراوح تكلفتها بين دولارين أمريكيين وثلاثة دولارات أمريكية شهرياً في كثير من البلدان النامية. والأدوية الجديدة المضادة للاكتئاب علاج ناجع من نوبات الاكتئاب الشديدة إذ إن آثارها الجانبية الضارة قليلة وهي تحظى بقبول أكثر من المرضى، غير أنها متوافرة بكميات قليلة في بلدان نامية كثيرة. وقد تكون لهذه الأدوية ميزات لدى الطاعنين في السن.

وتتطلب المرحلة الحادة من 6 إلى 8 أسابيع من العلاج الدوائي يُفحص فيها المرضى مرة كل أسبوع أو أسبوعين وربما أكثر من ذلك في المراحل الأولية ــ لرصد الأعراض والآثار الجانبية وتعديل الجرعات وتقديم الدعم.

وينبغي أن تلي العلاج الدوائي أو النفسي بمضادات الاكتئاب في المرحلة الحادة ستة أشهر من العلاج المستمر على الأقل. ويفحص المرضى مرة أو مرتين شهرياً. ويتمثل الهدف الأساسي في مرحلة مواصلة العلاج هذه في الحيلولة دون حدوث النكاس ويمكن أيضاً في هذه المرحلة التقليل من معدل النكاس من 40–60% إلى 10–20%. أما الهدف النهائي فهو خمود المرض ثم الشفاء منه. وهناك بعض القرائن التي تدل، رغم ضعفها على أن النكاس أقل حدوثاً بعد المعالجة الناجعة بالعلاج المعرفي والسلوكي منه بعد العلاج بمضادات الاكتئاب (انظر الجدول 3–2).

والهدف من المرحلة المعروفة بأنها مرحلة العلاج الدوائي للمداومة أو للصيانة هي الوقاية من حدوث الاضطرابات المزاجية في المستقبل، ويوصى بها، عامة، للأفراد الذين سبق وأصيبوا بثلاث من نوبات الاكتئاب أو أكثر أو بأعراض الاكتئاب المزمن أو باستمرار تلك الأعراض. ويمكن أن تمتد هذه المرحلة لسنوات وتتطلب، بوجه عام، زيارات كل شهر أو كل ثلاثة شهور.

وبعض الناس يفضل العلاج النفسي أو الاستشارة الطبية على العلاج الكيميائي لعلاج الاكتئاب، وقد تبين بعد عشرين عاماً من البحوث أن هناك عدة أشكال من العلاج النفسي القصير المدة تضاهي في نجاعتها فعالية الأدوية في حالات الاكتئاب البسيطة إلى المعتدلة. وهذه العلاجات الخاصة بالاكتئاب فحسب تشمل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي القائم على المقابلات الشخصية وتركز على التعاون النشط وتثقيف المرضى. ويبين عدد من الدراسات التي أجريت في أفغانستان والهند وباكستان وهولندا وسري لانكا والسويد والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية جدوى تدريب

الجدول 3-2 فعالية التدخلات الخاصة بالاكتئاب

التـدخـل	النسبة المئوية لهدأة الأعراض بعد 3-8 شهور
العلاج المموّه (الغفل)	27
الأدوية الثلاثية الحلقات	52-48
العلاج النفسي (المعرفي أو القائم على المقابلات الشخصية)	60-48

المصدران:

Mynors-Wallis L et al. (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine, 26:249-262.*

Schulberg HC et al. (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry, 58:112-118.*

الممارسين العاملين على توفير هذه الرعاية ومردوديتها (Sriram et al. 1990; Mubbashar 1999; Mohit et al. 1999; Tansella & Thornicroft 1999; Ward et al. 2000; Bower et al. 2000).

ولا يسعى إلى الحصول على العلاج سوى أقلية من المصابين بالاكتئاب حتى في البلدان الصناعية. ويُعزى هذا في جزء منه إلى الأعراض ذاتها. فالشعور بالتفاهة والمبالغة في الشعور بالذنب وعدم وجود حوافز أمور تحول دون سعي الفرد إلى تلقي العلاج. وبالإضافة إلى هذا لا يُرجّح أن يقدر هؤلاء الأشخاص الفوائد المحتملة للعلاج. ومن العقبات أيضاً الصعوبات المالية والخوف من الوصم. وبغض النظر عن الأفراد قد لا يتعرّف مقدمو خدمات الرعاية الصحية على الأعراض وقد لا يتبعون التوصيات المتعلقة بأفضل الممارسات لأنهم قد لا يجدون الوقت ولا الموارد لتقديم علاج قائم على قرائن ملموسة على مستوى الرعاية الأولية.

إدمان الكحول

لا بد من النظر إلى الوقاية من إدمان الكحول في إطار هدف أعم للوقاية والحد من المشاكل المرتبطة بتعاطي الكحول لدى السكان (الحوادث والإصابات وحالات الانتحار والعنف ذات الصلة بتعاطي الكحول..الخ). ويناقش الفصل الرابع هذا النهج الشامل. وهناك علاقة بين القيم الثقافية والدينية السائدة وبين قلة تعاطي الكحول.

ويهدف العلاج إلى الحد من المراضة والوفاة المرتبطة بتعاطي الكحول، والحد من سائر المشاكل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بإدمان الكحول والإفراط في تعاطيه.

ومن الاستراتيجيات الرئيسية التي ثبتت فعاليتها في علاج المشاكل المرتبطة بتعاطي الكحول وبالإدمان الاعتراف المبكر بمشكلة تعاطي الكحول والتدخل المبكر لحلها

والتدخلات النفسية وعلاج الآثار الضارة المترتبة على تعاطي الكحول (بما في ذلك متلازمة الانقطاع عن التعاطي وغيره من النتائج الطبية) وتعليم مهارات مواجهة الأوضاع التي تنطوي على مخاطر الشراب والنكاس، وتثقيف الأسر والتأهيل.

وتبين البحوث الوبائية أن معظم المشاكل تحدث لدى أشخاص من غير المدمنين، مثل أولئك الذين يسكرون ويقودون سياراتهم أو أولئك الذين يحبون ركوب المخاطر أو أولئك الذين يتعاطون الكحول بانتظام وبإفراط غير أنهم يستمرون في وظائفهم أو في الذهاب إلى المدارس ويحتفظون بعلاقاتهم الاجتماعية ويحيون حياة مستقرة نسبياً. ويشكل مدمنو الكحول 25% فقط من بين المرضى الذين يراجعون عيادات الرعاية الصحية الأولية ويتعاطون الكحول بإفراط.

والأشخاص الذين يتعاطون الكحول بإفراط دون إدمانه يمكن أن يخضعوا لتدخلات سريعة تشمل أنشطة مختلفة. وتلك التدخلات يجب أن تكون خفيفة وقصيرة الأمد وتتمثل، بوجه عام، في جلسات يتراوح عددها بين 3 و5 جلسات كحد أقصى وتستغرق من 5 دقائق إلى 60 دقيقة، والهدف منها هو الحيلولة دون ظهور المشاكل المرتبطة بتعاطي الكحول. ويختلف مضمون هذه التدخلات السريعة ولكن معظمها توجيهي وتحفيزي وهو مصمم لمعالجة سلوك محدد خاص بتعاطي الكحول مع الحصول على المعلومات الارتجاعية بفضل التحرّي والتثقيف وتطوير المهارات والتشجيع وإسداء المشورة العملية عوضاً عن التحليل النفسي المتعمق أو العلاج الطويل الأمد (Gomel et al. 1995).

أما فيما يتعلق بمعالجة مشاكل تعاطي الكحول في مرحلة مبكرة فقد أثبتت دراسات عديدة فعالية التدخلات السريعة من قبل أخصائيي الرعاية الأولية (WHO 1996; Wilk et al. 1997). فهذه التدخلات تؤدي إلى تقليص نسبة تعاطي الكحول والمبالغة في ذلك إلى 30% خلال فترات تتراوح بين 6 شهور و12 شهراً أو أكثر. كما أن تلك الدراسات تقيم الدليل على مردودية تلك التدخلات (Gomel et al. 1995).

وفيما يتعلق بالأشخاص الذين يعانون إدمان الكحول بصورة أشد تتاح خيارات لعلاج المرضى في عيادات خارجية وفي المؤسسات الاستشفائية على السواء، وقد أظهرت تلك الخيارات نجاعتها على الرغم من أن تكاليف علاج المرضى الخارجيين أقل بكثير. وأثبتت عدة علاجات نفسية نجاعتها بالدرجة ذاتها: وتشمل هذه العلاجات العلاج المعرفي/ السلوكي، والمقابلات التحفيزية وأسلوب "المراحل الاثنتي عشرة" المتصل بالعلاج النفسي. وطرق الدعم المجتمعي، مثل الطرق التي تتبعها جمعية الكحوليين المجهولي الأسماء Alcoholics Anonymous، أثناء العلاج النفسي وبعده تحقق دائماً نتائج أفضل من نتائج هذا العلاج وحده. فلعلاج الزوج وأفراد الأسرة، أو الاقتصار على مشاركتهم، عدة فوائد سواء للبدء في العلاج من إدمان الكحول أو الاستمرار فيه.

ويفضل أن يتم التخلص من السمية (أي العلاج الخاص بالانقطاع عن تعاطي الكحول) داخل المجتمع إلا في الحالات التالية: الإدمان الشديد أو الهذيان الارتعاشي أو النوبات المرتبطة بمتلازمة الانقطاع عن التعاطي أو وجود بيئة أسرية غير داعمة

أو الإخفاق في محاولات التخلص من السمية (Edwards et al. 1997). وتظل رعاية المرضى المقيمين في المستشفيات الخيار الأفضل للمرضى المصابين بأمراض صحية أو نفسية خطيرة. والتدخلات النفسية الاجتماعية المساعدة والأسرية عناصر هامة أيضاً في عملية العلاج، ولاسيما عند حدوث مشاكل أخرى إلى جانب إدمان الكحول.

وليس هناك أية قرائن تدل على نجاعة العلاج القسري، ومن المستبعد أن تكون لهذا العلاج فوائد (سواء كان ذلك العلاج نتيجة لقرار تتخذه السلطات الإدارية أو محكمة جنائية أو أي جهة أخرى) (Heather 1995).

ولا يمكن أن يحل الدواء محل العلاج النفسي للمصابين بإدمان الكحول، ولكن هناك بضعة أدوية أظهرت نجاعتها كعلاج تكميلي للحد من معدلات النكاس (NIDA 2000).

إدمان المخدرات

لا بد من النظر إلى الوقاية من إدمان المخدرات في إطار الهدف العام الرامي إلى الوقاية والحد من المشاكل المرتبطة بتعاطي المخدرات لدى السكان. ويناقش الفصل الرابع هذا الأسلوب.

ويهدف العلاج إلى الحد من المراضة والوفيات المترتبة على تعاطي المواد النفسية التأثير أو تلك المرتبطة بتعاطيها إلى أن يتمكن المريض من أن يحيا حياة لا يعتمد فيها على المخدرات. وتشمل الاستراتيجيات التشخيص المبكر وتحديد ومعالجة مخاطر الأمراض المعدية وكذلك المشاكل الطبية والاجتماعية الأخرى، وعلاجاً دوائياً ثابتاً ومستمراً (في حالة إدمان الأفيون) وتقديم النصح، والحصول على الخدمات، وإتاحة فرص تحقيق الاندماج في المجتمع.

ولمدمني المخدرات احتياجات معقدة في أغلب الأحيان. فهم معرّضون لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وغيره من مسببات الأمراض التي ينقلها الدم، فضلاً عن تحالف الاضطرابات البدنية مع الاضطرابات النفسية والمشاكل التي تنجم عن تعاطي عدة مواد نفسية التأثير، والضلوع في أنشطة إجرامية، والمشاكل الناجمة عن العلاقات الإنسانية والعمالة والإسكان. ويقتضي ذلك قيام علاقات بين الاطباء والعاملين الصحيين والعاملين في الخدمات الاجتماعية والمنظمات الطوعية والنظام القضائي.

ومن الأمثلة على الممارسات الجيدة في مجال رعاية مدمني المخدرات تقاسم خدمات الرعاية وتكاملها. ويمكن للأطباء العامين تحديد ومعالجة النوبات الحادة من السمية وأعراض الانقطاع عن التعاطي، وتقديم نصائح سريعة وتوفير خدمات التمنيع واختبارات كشف فيروس العوز المناعي البشري وفحص عنق الرحم وإسداء المشورة في مجالي تنظيم الأسرة وإحالة المريض إلى خدمات تخصصية.

وتعد الاستشارات الطبية وسائر أنواع العلاج السلوكي عناصر حيوية لعلاج الإدمان بنجاعة لأنها يمكن أن تتناول الحوافز، ومهارات مواجهة الأوضاع العصيبة، والقدرة على حل المشاكل، ومصاعب التعامل مع الغير. والعلاجات الدوائية البديلة عوامل فعالة

مساعدة للاستشارات الطبية وخاصة فيما يتعلق بإدمان الأفيونيات. ونظراً لأن معظم مدمني المخدرات هم من المدخنين يجب النصح بالإقلاع عن التدخين والإفادة من علاجات الاستعاضة عن النيكوتين. ويمكن أيضاً أن تكمّل المجموعات التعاونية نجاعة العلاج الذي يعطيه الأخصائيون الصحيون وتطيل أمده.

وليس القضاء على السمية بالوسائل الطبية سوى المرحلة الأولى من علاج الإدمان، وهو لا يمكن بمفرده تغيير عادة تعاطي المخدرات المزمن. ويتعين توفير احتياجات الرعاية الطويلة الأمد وعلاج الاضطرابات النفسية المرضية كذلك من أجل تقليل معدلات النكاس ويحتاج معظم المرضى إلى العلاج لمدة ثلاثة أشهر كحد أدنى من أجل تحقيق تحسن محسوس.

ويشكل تعاطي العقاقير غير المشروعة عن طريق الحقن في الوريد خطراً يتهدد الصحة العمومية. فالتشارك في أدوات الحقن يرتبط بانتقال مسببات الأمراض التي ينقلها الدم (ولاسيما فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد البائي والتهاب الكبدC) كما يتسبب في انتشار فيروس العوز المناعي البشري في كثير من البلدان التي تنتشر فيها ممارسات تعاطي المخدرات عن طريق الحقن في الوريد على نطاق واسع.

فالذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن في الوريد ولا يحصلون على العلاج تزداد احتمالات إصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري ست مرات على احتمالات إصابة من يحصلون على العلاج. ومن ثم ينبغي أن توفر خدمات العلاج تقييماً خاصاً بالإيدز والعدوى بفيروسه والتهاب الكبد البائي والتهاب الكبد C والسل وغير ذلك من الأمراض المعدية، كلما أمكن، وكذلك العلاج من هذه الأمراض وما يلزم من استشارات من أجل مساعدة المرضى على الإقلاع عن ممارسات الحقن غير المأمونة.

والعلاج من إدمان المخدرات ذو مردودية في الحد من تعاطي المخدرات (40-60%) وما يرتبط به من عواقب صحية واجتماعية، مثل العدوى بفيروس العوز المناعي البشري والجنوح. وتماثل نجاعة العلاج من إدمان المخدرات معدلات النجاح المسجلة في علاج سائر الأمراض المزمنة مثل السكري وفرط ضغط الدم والربو (NIDA 2000). وقد تبين أن العلاج أقل تكلفة من سائر البدائل، مثل عدم علاج المدمنين أو مجرد حبسهم. إذ يبلغ متوسط تكلفة عام كامل من العلاج الداعم بالميثادون في الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، نحو 4700 دولار أمريكي لكل مريض بينما تبلغ تكلفة سجن فرد واحد لمدة عام كامل نحو 400 18 دولار أمريكي.

الفصام

تعد الوقاية الأولية من الفصام في الوقت الحاضر أمراً متعذّراً. بيد أن الجهود البحثية ركزت في الآونة الأخيرة على استحداث طرق لاكتشاف الأشخاص المعرضين للإصابة بالفصام في مراحل مبكرة جداً أو حتى قبل حدوث الأعراض. ومن شأن اكتشاف الحالات في مراحل مبكرة أن يزيد فرص التدخل فوراً، وربما يقلل خطر تطور المرض

وإزمانه أو حدوث عقابيل خطيرة. ويجب تقييم مدى فعالية برامج الكشف أو التدخل المبكرين عن طريق المتابعة الطويلة الأمد (McGorry 2000).

ويشتمل علاج الفصام على ثلاثة عناصر رئيسية. أولاً، العلاج الدوائي الرامي إلى التخفيف من النكاس والحيلولة دون حدوثه. ثانياً، الاضطلاع بأنشطة التثقيف والتدخلات النفسية الاجتماعية التي من شأنها مساعدة المرضى وأسرهم على التصدي للمرض ومضاعفاته وعلى الحيلولة دون النكاس. ثالثاً، التأهيل الذي من شأنه أن يساعد المرضى على الاندماج مجدداً في المجتمع واستعادة قدراتهم التعليمية أو المهنية. أما المشكلة الحقيقية التي تطرحها رعاية المصابين بالفصام فتتمثل في ضرورة تنظيم الخدمات التي تبدأ، بدون انقطاع، بالتشخيص المبكر وتمر بالعلاج المنتظم وتنتهي بالتأهيل.

وتهدف الرعاية إلى تشخيص المرض في مراحل مبكرة بقدر الإمكان، وعلاج الأعراض وتلقين المرضى وأسرهم المهارات اللازمة في هذا الصدد والمحافظة على التحسن لمدة من الزمن والوقاية من النكاس وإعادة إدماج المرضى في المجتمع لكي يحيوا حياة عادية. وهناك أدلة قاطعة تظهر أن العلاج يقصِّر مدة المرض وإزمانه فضلاً عن مكافحة النكاس.

وهناك الآن مجموعتان من الأدوية لعلاج الفصام: مضادات الذهان العادية (التي سبقت الإشارة إليها باسم مُضادّات الذُّهان) ومضادات الذهان الجديدة (المشار إليها أيضاً باعتبارها الجيل الثاني من مضادات الذهان أو باعتبارها مضادات الذهان "اللانمطية"). والأدوية المضادة للذهان العادية الأولى مستخدمة منذ 50 عاماً وقد أثبتت نجاعتها في الحد من أعراض الفصام، مثل تشوش الأفكار والهلوسة والهذيان، والقضاء على هذه الأعراض في بعض الأحيان. كما أنها تحد من الأعراض المرتبطة بالفصام مثل الهياج والتهور والعدوانية. ويمكن تحقيق هذه النتيجة في أيام أو أسابيع لدى قرابة 70% من المرضى. فتلك الأدوية إذا استعملت بانتظام يمكن أيضاً أن تحد من احتمالات النكاس بنسبة 50%. ويبدو أن الأدوية المتاحة حالياً أقل نجاعة في تخفيف الأعراض مثل الخمول والانسحاب من المجتمع وضحالة التفكير. وأدوية الجيل الأول رخيصة الثمن ولا تزيد تكلفتها على 5 دولارات لكل شهر من العلاج في البلدان النامية. ويمكن إعطاء بعضها عن طريق حقن طويلة المفعول تفصل بينها مدة زمنية تتراوح بين أسبوع وأربعة أسابيع.

ويمكن أن تساعد الأدوية المضادة للذهان المرضى على الاستفادة من مختلف العلاجات النفسية الاجتماعية. أما احتمالات وقوع آثار جانبية نتيجة لتناول أحدث الأدوية المضادة للذهان فهي أقل في حين أنها تخفف من بعض الأعراض. وليست هناك أية قرائن واضحة تدل على أن الأدوية الحديثة المضادة للذهان تختلف في نجاعتها كثيراً عن الأدوية القديمة ولكن آثارها الجانبية الشائعة مختلفة.

ويتراوح متوسط مدة العلاج بين 3 و6 شهور. ويستمر العلاج الداعم لمدة سنة على الأقل بعد الإصابة بأول نوبة ولمدة تتراوح بين سنتين

الجدول 3-3 فعالية التدخلات الخاصة بالفصام

التدخـل	النسبة المئوية للنكاس بعد سنة
العلاج المموّه (الغفل)	55
الكلور برومازين	25–20
الكلور برومازين + التدخلات الأسرية	23–2

المصدران :

Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*,21(4): 631-643.

Dixon LB et al.(1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 567-577

و 5 سنوات بعد النوبة الثانية ولمدد أطول لدى المرضى الذين يصابون بعدة نوبات. وفي البلدان النامية تكون الاستجابة للدواء أفضل والجرعات الدوائية أضعف ومدة العلاج أقصر. ويتسم الدعم الذي يقدمه أفراد الأسرة بأهمية في الرعاية الشاملة للمرضى. وقد أظهرت بعض الدراسات أن استعمال مجموعة من الأدوية بانتظام وتثقيف الأسر والدعم الأسري يمكن أن يحد من معدلات النكاس من 50% إلى أقل من 10% (انظر الجدول 3-3) (Leff & Gamble 1995; Dixon et al. 2000; Pharaoh et al. 2000).

ويشمل التأهيل النفسي الاجتماعي للمصابين بالفصام مجموعة منوعة من التدابير تتراوح بين تحسين المهارات الاجتماعية والقدرة على إقامة علاقات والدعم الذي تقدمه الأسرة. ومن العناصر الأساسية في هذا الصدد مساعدة متلقي الخدمات والحد من الوصم والتمييز من خلال تنوير الرأي العام وسنّ التشريعات المناسبة. كما أن احترام حقوق الإنسان من المبادئ الجوهرية التي تقوم عليها هذه الاستراتيجية.

وفي الوقت الحاضر يحتاج عدد قليل من مرضى الفصام إلى العلاج في المستشفى لمدة طويلة، وعندما تكون الإقامة بالمستشفى أمراً ضرورياً يكون متوسط مدتها من أسبوعين إلى أربعة أسابيع فقط في حين أن هذه المدة كانت تمتد سنوات قبل الأخذ بالعلاجات الحديثة. ويمكن التأهيل في مراكز الرعاية النهارية وورش العمل المحمية والمراكز المتخصصة من شفاء المرضى المصابين باعتلالات مزمنة أو حالات تعوق متبقية مثل البطء وعدم وجود حوافز وهجر المجتمع.

الصـرع

من بين الإجراءات الفعّالة للوقاية من الصرع توفير خدمات الرعاية الملائمة في مرحلة الحمل وما بعدها ، والولادة ، وتوفير الظروف المناسبة لحماية الأم ووليدها

ومكافحة الحمى لدى الأطفال ومكافحة الطفيليات والأمراض المعدية والوقاية من إصابات الدماغ (ضبط فرط ضغط الدم واستعمال أحزمة وخوذ الأمان، على سبيل المثال).

ويهدف العلاج إلى مكافحة نوبات الصرع عن طريق الوقاية منها لمدة سنتين على الأقل وإدماج المصابين بهذا المرض في الحياة التعليمية والمجتمعية من جديد. ولتحقيق نتائج إيجابية يُعد التشخيص المبكر وتقديم الأدوية الداعمة باستمرار من العوامل الأساسية.

والصرع يكاد يُعالج دائماً بالأدوية المضادة للصرع. وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في الآونة الأخيرة في البلدان المتقدمة والبلدان النامية إمكانية علاج ما يصل الى 70% من حالات الإصابة بالصرع المشخصة حديثاً لدى الأطفال والبالغين بنجاح بالأدوية المضادة للصرع بحيث يتخلص الناس من النوبات شريطة تناول الأدوية بانتظام (انظر جدول 3-4). وبعد فترة تتراوح بين سنتين وخمس سنوات من العلاج الناجح (توقف نوبات الصرع) يمكن إيقاف العلاج تدريجياً في 60-70% من الحالات. أما المرضى الآخرون فيجب أن يستمروا في تناول الأدوية طوال العمر، شريطة الانتظام أيضاً في تناول الدواء؛ ويحتمل ألا يصاب كثير منهم بالنوبات بينما يمكن الحد بدرجة كبيرة من تواتر النوبات أو شدتها لدى بقية الحالات. وفيما يتعلق ببعض المرضى الذين يصعب علاجهم من الصرع قد يكون اللجوء الى جراحة الأعصاب مفيداً. وللدعم النفسي والاجتماعي فائدته أيضاً في هذا الصدد (ILAE/IBE/WHO 2000).

وقد أصبح عقار الفينوباربيتون دواء الخط الأول المضاد للصرع في البلدان النامية، ربما لأن تكلفة الأدوية الأخرى أعلى منه بنسبة تتراوح بين 5 أمثال و20 مثلاً. وخلصت

الجدول 3-4 فعالية التدخلات الخاصة بالصرع

التدخل	النسبة المئوية للتخلص من النوبات بعد سنة
العلاج المموّه (الغفل)	غير معروفة
كاربامازيبين	55
الفينوباربيتون	73-54
الفينيتوين	56

المصدران:

Feksi AT et al.(1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *The Lancet*, 337 (8738): 406-409.

Pal DK et al.(1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *The Lancet*.351(9095): 19-23.

دراسة أجريت في أرياف الهند إلى أن 65%ممن تناولوا عقار الفينوباربيتون عولجوا بنجاح مع استجابة نسبة مماثلة لعقار الفينيتوين، وكانت النتائج الضارة متماثلة لدى كلتا المجموعتين (Mani et al. 2001). وخلصت دراسة أجريت في إندونيسيا إلى أنه ينبغي الاستمرار في استعمال عقار الفينوباربيتون باعتباره دواء الخط الأول في علاج الصرع في البلدان النامية. على الرغم من بعض الآثار الجانبية الضارة المترتبة على تعاطيه. وقارنت دراسات أجريت في إكوادور وكينيا عقار الفينوباربيتون بعقار كاربامازيبين وخلصت إلى عدم وجود أية اختلافات كبيرة بينهما من حيث النجاعة والمأمونية (Scott et al. 2001). وفي معظم البلدان يمكن أن تقل تكلفة العلاج بالفينوباربيتون عن 5 دولارات أمريكية لكل مريض سنوياً.

مرض آلزهايمر

إن الوقاية الأولية من مرض آلزهايمر أمر غير ممكن في الوقت الحاضر. ويهدف العلاج إلى المحافظة على أداء الفرد، والحد من العجز الناجم عن فقدان الملكات العقلية، وإعادة تنظيم الأنشطة اليومية من أجل تحقيق أفضل مستوى للوظائف المتبقية، والحد، قدر الإمكان، من الأعراض التي تؤدي إلى إدخال الاضطراب على حياة المريض مثل الأعراض الذهانية (الشك والارتياب في الآخرين، على سبيل المثال) والهياج والاكتئاب، وتقديم الدعم إلى الأسر.

وتهدف البحوث المضطلع بها في مجال علاج مرض آلزهايمر، أساساً، إلى تحديد العوامل التي تؤخر بدء ظهور المرض أو تبطئ تطوره أو تخفف أعراضه. وقد أثبتت المواد المعززة للمستقبلات الكولينية الفعل (AChEs) عموماً فائدتها في تحسين الاختلال العام للوظائف المعرفية كما أنها تبلغ ذروة نجاعتها في تحسين الانتباه. وتبين أن التخفيف من اضطرابات التعلّم وضعف الذاكرة، وهما أشيع عيبين إدراكيين فيما يتعلق بمرض آلزهايمر، يلاحظ بشكل أقل تواتراً. ويبدو أيضاً أن العلاج بمثبطات المواد المعززة للمستقبلات الكولينية الفعل مفيد عندما يتعلق الأمر بالأعراض غير الإدراكية في مرض آلزهايمر مثل الهذيان والاضطرابات السلوكية.

ويمكن أن يؤدي علاج الاكتئاب لدى المصابين بمرض آلزهايمر إلى تحسين القدرات الوظيفية. ومن بين الأعراض السلوكية التي يعانيها المصابون بهذا المرض يحدث الاكتئاب والقلق أكثر ما يحدث في المراحل المبكرة مع حدوث الأعراض الذهانية والسلوك العدواني في مراحل لاحقة. ونظراً لتزايد أعداد المسنين فإن الحرص على عافيتهم سيكون من التحديات المطروحة في المستقبل (الإطار 3-7).

وتكتسي التدخلات النفسية الاجتماعية أهمية بالغة في مرض آلزهايمر، سواء بالنسبة إلى المرضى أو القائمين على رعايتهم من أفراد الأسر الذين قد يتعرضون بدورهم للإصابة بالاكتئاب والقلق والمشاكل البدنية. وتشمل تلك التدخلات التثقيف النفسي والمساندة والطرق السلوكية المعرفية والمساعدة الذاتية ومعاونة الأسرة على

الحصول على قسط من الراحة. وكان من نتائج أحد هذه التدخلات النفسية الاجتماعية (النصائح الفردية والأسرية إلى جانب مشاركة مجموعات الدعم) الموجهة نحو الزوج القائم على الرعاية، كما أشارت إلى ذلك إحدى الدراسات في تأخير اللجوء إلى إدخال المصابين بالعته إلى المؤسسات الاستشفائية لمدة سنة تقريباً.

التخلف العقلي

نظراً لخطورة التخلف العقلي ولفداحة العبء الذي يثقل كاهل المرضى وأسرهم وكذلك الخدمات الصحية فإن الوقاية منه تكتسي أهمية بالغة. ونظراً لتنوع الأسباب المختلفة للتخلف العقلي يتعين أن تستهدف إجراءات الوقاية عوامل مسببة محددة. ومن الأمثلة على هذه الإجراءات يودنة الماء والملح لتوقي التخلف العقلي الناجم عن عوز اليود (الفدامة) (Mubbashar 1999)، وامتناع الحوامل عن تعاطي الكحول تفادياً للإصابة بمتلازمة الكحول الجنينية، وضبط النظام القوتي لتوقي حدوث التخلف العقلي لمن يوجد الفينول كيتون في بولهم، والاستشارات الجينية للوقاية من أشكال معينة من التخلف العقلي (مثل متلازمة داون)، وتوفير الرعاية الملائمة في مرحلة الحمل وما بعدها، ومراقبة البيئة المحيطة للوقاية من التخلف العقلي الناجم عن التسمم بالمعادن الثقيلة مثل الرصاص.

الإطار 3-7 الحرص على عافية أجداد المستقبل

إن ارتفاع عدد المسنين الهائل في جميع أنحاء العالم والمشاهد حالياً لا يعود فقط إلى حركة السكان الاجتماعية، بل أيضاً إلى ازدياد متوسط العمر المأمول الذي تحقق خلال القرن العشرين من خلال تحسين صحة المجتمع والصحة العمومية، على وجه العموم. غير أن هذا الإنجاز يطرح أيضاً أحد أكبر التحديات التي ستواجهها العقود المقبلة ألا وهو ضمان عافية المسنين الذين سيشكلون 20% من سكان العالم بحلول سنة 2025.

ومن المرجح أن يقترن تشيخ السكان بتغيرات كبرى في تواتر الاضطرابات الجسدية والنفسية وتوزيعها وفي العلاقة المتبادلة بين هذين النوعين من الاضطرابات.

والمسنون يتعرضون كثيراً لمشاكل الصحة النفسية التي قد تكون خطيرة ومتنوعة. وعلاوة على مرض آلزهايمر، الذي يقتصر حدوثه، تقريباً، بين أفراد هذه الفئة العمرية، هناك أيضاً مشاكل كثيرة أخرى تنتشر بينهم بشكل كبير مثل الاكتئاب والقلق والاضطرابات الذهانية. وتصل معدلات الانتحار ذروتها لدى الرجال من المسنين وينتشر بينهم أيضاً بشكل كبير الإدمان ، مثل إدمان الكحول وتعاطي الأدوية بشكل مفرط، وإن كان ذلك يقابل بالتجاهل بشكل عام.

ولا تتسبب هذه المشاكل فقط في معاناة المسنين وحدهم بشكل كبير، وإنما أيضاً في معاناة أقاربهم. ففي كثير من الحالات يتعين على أفراد الأسرة التضحية بجزء كبير من حياتهم الشخصية ليكرسوا أنفسهم بشكل كامل لذويهم المرضى. والعبء الذي تتحمله الأسر والمجتمعات المحلية يثقل كاهلها أكثر مما نتصور، وكثيراً ما تكون الموارد غير كافية لتقديم الدعم اللازم للمرضى وأسرهم.

وبالإمكان معالجة كثير من هذه المشاكل بفعالية، إلا أن معظم البلدان لا تمتلك سياسات أو برامج أو خدمات مهيأة لتلبية هذه الاحتياجات. ذلك أن هناك تمييزاً مزدوجاً يُمارس ضد المرضى النفسيين من جهة، وضد الناس الذين يبلغون خريف العمر من جهة أخرى، لا يساعد على تيسير الحصول على المساعدة اللازمة.

ويتطلب الحق في الحياة والحق في حياة طيبة إحداث تغييرات جذرية في نظرة المجتمعات للمسنين وكسر الحواجز التي تقيمها المحرمات المقترنة بذلك. والطريقة التي تنظم بها المجتمعات نفسها لرعاية المسنين مؤشر جيد على الاهتمام الذي توليه لكرامة الإنسان.

ويهدف العلاج إلى التحرّي المبكر والاستخدام الأمثل للملكات العقلية للمريض عن طريق التدريب وتغيير السلوكيات وتثقيف الأسر ودعمها والتدريب المهني وتوفير فرص العمل في إطار يوفر الحماية.

وتشمل التدخلات المبكرة بذل جهود منظمة ترمي إلى تعزيز النمو من خلال سلسلة من معالجات العوامل البيئية أو العوامل التجريبية، وهذه المعالجات تبدأ خلال السنوات الخمس الأولى من العمر. وتتمثل الغايات المنشودة في تسريع معدل اكتساب سلوكيات ومهارات جديدة وتطويرها وتعزيز الاستقلال الذاتي، والتقليل من تأثير الخلل إلى أدنى حد. ويتلقى الطفل، بوجه عام، تدريباً حركياً حسياً في إطار برنامج تحفيزي طفولي إلى جانب تدخلات نفسية اجتماعية داعمة.

وقد أصبح تدريب الأبوين على التصرف كمدربين على مهارات الحياة اليومية أمراً بالغ الأهمية لرعاية المصابين بالتخلف العقلي، ولاسيما في البلدان النامية. وهذا يعني وجوب إحاطة الآباء والأمهات علماً بمبادئ التعلم والإلمام بمجال تعديل السلوك وطرق التدريب المهني. وعلاوة على ذلك يمكن أن يساند الآباء والأمهات بعضهم بعضاً من خلال مجموعات المساعدة الذاتية.

ويواجه معظم الأطفال المصابين بالتخلف العقلي صعوبات في اتباع مناهج التعليم المدرسية النظامية. فمنهم من يحتاج إلى مساعدة إضافية كما يحتاج بعضهم الآخر إلى الالتحاق بمدارس خاصة ينصب فيها التركيز على الأنشطة اليومية، مثل التغذية وارتداء الملابس والمهارات الاجتماعية ومفهوم الأعداد والحروف. وتلعب طرق تعديل السلوك دوراً هاماً في تنمية كثير من هذه المهارات وفي تعزيز السلوكيات المستحسنة مع الحد من السلوكيات المستهجنة.

وكان من نتائج التدريب المهني في بيئات محمية والاستفادة من المهارات السلوكية أن أصبح عدد كبير من المصابين بالتخلف العقلي يحيا حياة نشطة.

اضطرابات فرط الحركة

إن الأسباب المحددة الكامنة وراء اضطرابات فرط الحركة ــ فرط النشاط لدى الأطفال والذي كثيراً ما تصحبه تشنجات عضلية ــ غير معروفة، ولهذا فإن الوقاية أمر متعذر في الوقت الحاضر. بيد أن من الممكن الوقاية من بدء ظهور الأعراض التي يساء تشخيصها غالباً مثل اضطرابات فرط الحركة، وذلك من خلال تدخلات وقائية لدى الأسر والمدارس.

ولا يمكن بحث علاج اضطرابات فرط الحركة دون التأكد أولاً من دقة التشخيص. وفي أغلب الأحيان يتم تشخيص اضطرابات فرط الحركة على الرغم من عدم استيفاء المرضى لمعايير التشخيص الموضوعي لهذا المرض. ويؤدي عدم دقة التشخيص إلى حدوث صعوبات في تحديد استجابة المريض للتدخلات العلاجية. ويمكن مشاهدة أعراض فرط الحركة في مجموعة من الاضطرابات توجد لها علاجات محددة أنسب من علاج

اضطراب فرط الحركة. فعلى سبيل المثال يعاني بعض الأطفال والمراهقين الذين تظهر عليهم أعراض فرط الحركة من الذهان، أو ربما تظهر عليهم أعراض الوسواس القهري. وقد يعاني آخرون اضطرابات معينة في التعلم. وقد يظل آخرون ضمن الحدود العادية للسلوك ولكنهم يُكتَشفون في البيئات التي لا تسمح بالسلوكيات المعنية. وتظهر على بعض الأطفال أعراض فرط الحركة نتيجة لتوتر حاد يتعرضون له في المدرسة أو البيت. ومن ثم يعد التشخيص الشامل عملية أساسية تحتاج غالباً إلى مساعدة المتخصصين.

وعلى الرغم من شيوع العلاج بالمنبهات الشبيهة بالأمفيتامينات فإن هناك من يؤيد العلاج السلوكي وتغيير البيئة المحيطة من أجل الحد من أعراض فرط الحركة. وينبغي تقييم العلاجات لتبيّن مدى ملاءمتها لعلاجات الخط الأول، وخاصة عندما يكون تشخيص اضطراب فرط الحركة غير يقيني. وفي ظل عدم وجود مبادئ توجيهية مقبولة عالمياً لاستعمال المنبهات النفسية لدى الأطفال والمراهقين من المهم البدء بجرعات صغيرة ورفعها تدريجياً فقط إلى جرعة مناسبة من المنبهات النفسية تحت الملاحظة المستمرة. وتتوافر الآن أدوية طويلة المفعول ولكن لابد من اتخاذ الاحتياطات ذاتها بخصوص الجرعة المناسبة. وقد أفادت التقارير بجدوى مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات وأدوية أخرى ولكنها لا تعتبر حالياً من أدوية الخط الأول.

ولا يتم غالباً تشخيص اضطراب فرط الحركة إلى أن يصل الأطفال إلى سن الدراسة عندما يمكن أن يستفيدوا من بيئة أكثر تنظيماً أو يحصلوا على قسط أوفر من التعليم تبعاً لاحتياجاتهم الفردية. وفي البيئة الأسرية يمكن أن يؤدي الدعم الذي يقدمه الأبوان فضلاً عن كبح جماح الأماني والتطلعات غير الواقعية أو التخفيف من وطأة الخلافات إلى التخفيف من أعراض فرط الحركة. وقد كان اضطراب فرط الحركة يعتبر مرضاً يزول عندما يكبر الطفل. أما اليوم فإن من المعروف أنه يلازم بعض الأشخاص حتى في مرحلة الكهولة. وإقرار المريض بهذا الأمر يمكن أن يساعده على البحث عن أوضاع حياتية أنسب توافقاً للحد من الآثار الموهنة لهذا المرض إذا لم يُعالج.

الوقاية من الانتحار

هناك قرائن قوية تدل على أن الوقاية والعلاج من بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية يمكن أن تقلل من معدلات الانتحار سواء كانت هذه التدخلات تركّز على الأفراد أو الأسر أو المدارس أو شرائح من المجتمع (الإطار 3-8). ويُعد تحري حالات الاكتئاب وإدمان الكحول والفصام وعلاجها في مرحلة مبكرة، استراتيجية هامة في مجال الوقاية الأولية من الانتحار. وفي هذا الصدد تكتسي البرامج التعليمية الرامية إلى تدريب الممارسين والعاملين في مجال الرعاية الأولية على تشخيص حالة المرضى

بالاكتئاب وعلاجهم أهمية خاصة. وفي دراسة أجريت عن برنامج من هذا القبيل في جزيرة غوتلاند بالسويد (Rutz et al. 1995) انخفض معدل الانتحار، ولاسيما لدى النساء، انخفاضاً كبيراً في العام الذي تلا إدخال برنامج تعليمي للممارسين العامين، ولكنه عاد إلى الارتفاع بُعَيد الانتهاء من البرنامج.

ويعد تناول المواد السامة، مثل مبيدات الهوام أو مبيدات الحشائش أو الأدوية أفضل الطرق المتّبعة للإقدام على الانتحار في كثير من المناطق، وخاصة في أرياف البلدان النامية. فقد أصبح تناول مبيد الحشائش المسمى باراكات طريقة الانتحار الشائعة في ساموا الغربية عام 1982، مثلاً، وأدى الحد من توافر وتنظيم شراء هذا المبيد إلى حدوث انخفاض كبير في إجمالي عدد حالات الانتحار دون زيادة مقابلة في عدد حالات الانتحار

الإطار 3-8 أسلوبان وطنيان للوقاية من الانتحار

فنلندا. ارتفعت نسبة الانتحار في فنلندا بين عامي 1950 و1980 بحوالي 50% عند الرجال، فبلغت 41.6 حالة لكل 100 000 نسمة، وتضاعف عند النساء حيث بلغت 10.8 حالة لكل 100 000 نسمة. ولهذا أطلقت الحكومة الفنلندية، في عام 1986، حملة مبتكرة وشاملة للوقاية من الانتحار. وبحلول عام 1996 تم تحقيق انخفاض إجمالي في نسبة الانتحار بلغ 17.5% بالمقارنة مع أعلى نسبة سجلت في عام 1990.

وتبين، من خلال التقييم الداخلي للعمليات والدراسة الاستقصائية الميدانية[1]، أن تنفيذ البرنامج من البداية كمشروع مشترك يمثل عنصراً حاسماً ساعد على إحراز تقدم جيد. وقد أشارت الدراسات التقييمية إلى أن حوالي 100 000 مهني شاركوا في الحملة الوقائية. ويشكل ذلك 2000 وحدة عمل وهو ما يعادل 43% من جميع "وحدات الخدمات الاجتماعية".

ورغم أنه ليس هنالك أي تحليل نهائي لتفسير هذا التراجع، يعتقد أن مجموعة التدخلات التي نظمت في إطار المشروع الوطني قد أدت دوراً رئيسياً في هذا الصدد. ومن العوامل الخاصة التي ربما ارتبطت بهذا الانخفاض تراجع استهلاك الكحول (بسبب الركود الاقتصادي) وزيادة استهلاك الأدوية المضادة للاكتئاب.

الهند. أقدم على الانتحار ما يربو على 95 000 هندي في عام 1997، وهو ما يعادل انتحار شخص كل ست دقائق. وكان واحد من كل ثلاثة منتحرين يتراوح عمره بين 15 و29 عاماً. وفي الفترة الممتدة بين عامي 1987 و1997 ارتفعت نسبة الانتحار من 7.5 إلى 10.03 حالة لكل 100 000 نسمة. وتشهد مدينة شيناي، من بين مدن الهند الكبرى الأربع، أعلى نسبة انتحار، إذ بلغت 17.23. ولا تملك الهند أي سياسة وطنية أو برنامج وطني للوقاية من الانتحار. ولا يتجاوز عدد الأطباء النفسانيين 3 500 طبيب لبليون نسمة. ونظراً لضخامة المشكلة وقلة الخدمات، فقد أنشئت منظمة "سنيها" (Sneha) وهي منظمة خيرية تطوعية تعمل على الوقاية من الانتحار، وهي تابعة لمنظمة بيفرندرز انترناشيونال (Befrienders International) وهي منظمة توفر "العلاج بالإصغاء" مع التواصل الشخصي والدعم المعنوي.[2]

وتعمل منظمة سنيها صباح مساء كل يوم من أيام السنة. ولا تضم سوى متطوعين متدربين تم اختيارهم بدقة ولهم مهارات في الإصغاء التعاطفي والتدخل المعنوي. واستقبلت حتى الآن 100 000 نداء من أشخاص يعانون من الاكتئاب. وتشير التقديرات إلى أن 40% من أولئك الأشخاص معرضون لاحتمالات الانتحار بمستويات تتفاوت بين المتوسط والمرتفع.

وساعدت منظمة سنيها على إنشاء 10 مراكز مماثلة في مناطق مختلفة في الهند من خلال إتاحة التدريب وتقديم الدعم. وتعمل كل هذه المراكز معاً في إطار ما يسمى بمنظمة بيفرندرز الهند (Befrienders India). وتعمل منظمة سنيها حالياً على إقامة أولى المجموعات في الهند التي تقدم الدعم للناجين من الانتحار.

1. Upanne M et al. (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation.* Saarijavi, Stakes.
2. التواصل الشخصي ، Vijayakumar L (2001).

بطرق أخرى (Bowles 1995). وهناك نجاحات مماثلة تحققت نتيجة لمراقبة سائر المواد السامة وإزالة سُمّية الغاز المنزلي وعادم السيارات. وفي مناطق كثيرة لا تتوافر فيها خدمات الرعاية في حالات الطوارئ بشكل ميسور يصبح تناول المواد السامة، الذي يظل في معظم البلدان الصناعية محاولة للانتحار، سبباً من أسباب الوفيات.

وفي الاتحاد الروسي، وكذلك في بلدان مجاورة أخرى، زاد معدل تعاطي الكحول زيادة هائلة في السنوات الأخيرة وارتبط بزيادة معدلات الانتحار والتسمم الكحولي (Vroublevsky & Harwin 1998) وبانخفاض متوسط العمر المأمول لدى الذكور (Notzon et al. 1998; Leon & Shkolnikov 1998).

وأظهرت عدة دراسات وجود علاقة وطيدة بين امتلاك الأسلحة النارية في المنازل وبين معدلات الانتحار (Kellerman et al. 1992; Lester & Murrell 1980). وقد يكون للتشريعات التي تقيد الحصول على الأسلحة النارية أثر مفيد. وهذا ما يتمخض عن دراسة أجريت في الولايات المتحدة حيث تبين وجود علاقة بين فرض القيود على بيع وشراء الأسلحة النارية وبين انخفاض معدلات الانتحار بالأسلحة النارية. وتسجل الولايات التي تسري فيها أشد القوانين تقييداً للحصول على الأسلحة النارية أدنى معدلات انتحار بالأسلحة النارية، دون أن يستعاض عنها بطريقة أخرى بديلة (Lester 1995).

وبالإضافة إلى التدخلات الرامية إلى الحد من تيسر طرق الانتحار تبيّن أن التدخلات التي تحدث في المدارس وتهدف إلى السيطرة على الأزمات وتعزيز الاعتداد بالذات، وتنمية مهارات مواجهة الأوضاع العصيبة، وصنع القرارات الصحية تقلل من خطر الانتحار بين الشباب (Mishara & Ystgaard 2000).

ويمكن لوسائل الإعلام أن تساعد في هذا الصدد بالحد قدر الإمكان من عرض اللقطات الإيضاحية غير الضرورية فيما يتعلق بالانتحار وبعدم إضفاء أي قيمة على الأخبار التي تتناول هذه الظاهرة. وفي عدد من البلدان بدأت معدلات الانتحار في الانخفاض عندما قبلت وسائل الإعلام الإقلال من برامجها للحديث عن حالات الانتحار، واتباعها وتقيدها بالتوصيات المقترحة. ذلك أن عرض صورة مشرقة لحالات الانتحار قد يدفع الناس إلى الإقدام عليه.

سياسات الصحة النفسية وإيتاء الخدمات

لا بدّ أن تقوم الحكومات، باعتبارها الجهات التي تتولى في خاتمة المطاف القوامة وإيتاء الخدمات للصحة النفسية، وفي إطار النظم الصحية العامة وترتيبات التمويل العامة، بوضع سياسات ترمي إلى حماية وتحسين صحة السكان النفسية. وفيما يتعلق بالتمويل ينبغي حماية الناس من التكاليف المالية الهائلة، وينبغي للأصحاء أن يدعموا المرضى وللموسرين أن يدعموا الفقراء. وينبغي تعزيز السياسات الصحية بسياسات متوافقة لمكافحة تعاطي الكحول والمخدرات، وبتوفير خدمات الرعاية الاجتماعية، مثل الإسكان. وينبغي أن توضع السياسات بمشاركة جميع الأطراف المعنية استناداً إلى معلومات موثوقة. وينبغي أن تكفل السياسات احترام حقوق الإنسان وأن تراعي احتياجات المجموعات السريعة التأثر والسهلة التعرّض للمخاطر. وينبغي نقل الرعاية من مصحات العلاج النفسي إلى الخدمات المجتمعية المدمجة في الخدمات الصحية العامة. ولابد من إتاحة الأدوية النفسية التأثير وتدريب الأخصائيين الصحيين. وبإمكان وسائل الإعلام الجماهيري وحملات التوعية أن تدلي بدلوها في الحد من الوصم والتمييز. وينبغي أيضاً دعم المنظمات غير الحكومية ومجموعات حماية المستهلكين إذ إنها يمكن أن تشكل أداة هامة لتحسين نوعية الخدمات والمواقف. وإجراء مزيد من البحوث لتحسين السياسات والخدمات، مع مراعاة الفوارق الثقافية بشكل خاص.

4

سياسات الصحة النفسية وإيتاء الخدمات

وضـــع الســـياســـة

إن حماية صحة السكان وتحسينها من المهام المعقدة التي تنطوي على اتخاذ قـــرارات عديدة. وهي مهمة تقتضي تحديد الأولويات فيما يتعلق بالاحتياجات في مجال الصحة النفسية وأمراضها وخدماتها وعلاجاتها واستراتيجيات الوقاية منها وتعزيزها والاختيـــارات التي يتعين تحديدها حول توفير التمويل. ويجب تنسيق خدمات واستراتيجيات الصحة النفسية جيداً مع بعضها البعض ومع الخدمات الأخرى، مثل الضمان الاجتماعي والتعليم والتوظيف والإسكان. ويجب رصد حصائل الصحة النفسية وتحليلها لكي يتسنى تعديل هذه القـــرارات باستمرار من أجل مواجهة التحديات المطروحة.

ويجب على الحكومات، باعتبارها الجهات التي تتولى في خاتمة المطاف القوامة علـــى الصحة النفسية، أن تضطلع بالمسؤولية عن ضمان تنفيذ هذه الأنشطة المعقدة. وهنـــاك دور حيوي منوط بالقوامة يتمثل في وضع السياسات وتنفيذها. ذلك أن السياسات تحدد القضايـــا والغايات الرئيسية، كما تعرّف الأدوار المنوطة بالقطاعين العام والخاص في تمويل وتقديـــم الخدمات، وتحدد الاستراتيجيات والترتيبات التنظيمية اللازمة التي تسمح، سواء في القطـــاع العام أو القطاع الخاص، بتحقيق الغايات المنشودة في مجال الصحة النفسية، وتضع جـــدول أعمال لبناء القدرات وتطوير المؤسسات، وتوفر الإرشادات اللازمة لتحديد الأولويات فـــي ميدان الإنفاق، وبهذا يتم ربط تحليل المشاكل بالقرارات المتعلقة بتخصيص الموارد.

ووظيفة القوامة في مجال الصحة النفسية لا تزال ضعيفة في كثير من البلدان. وقـــد جمع مشروع Atlas الذي تضطلع به منظمة الصحـــة العالمية (انظر الإطار 4-1) معلومات أساسية عن موارد الصحة النفسية في 181 بلداً. وطبقاً لهذه البيانات، المستخدمة في توضيح النقاط الرئيسية في هذا الفصل، فإن ثلث البلدان لا تملك ميزانية محددة للصحة النفسية على الرغم من افتراض تخصيص هذه البلدان بعض الموارد للصحة للعمومية لصـــالح الصحـــة النفسية. في حين يخصص نصف البلدان المتبقية أقل من 1% مـــن ميزانياتـــها المكرســـة للصحة العمومية لصالح الصحة النفسية، على الرغم من أن المشاكل العصبية النفسية تمثـــل 12% مـــن عـــبء المرض العالمي الإجمالي. ويشكل عدم وجود ميزانية للصحة النفســـية، أو عدم كفايتها، عقبة كبيرة تحول دون تقديم العلاج والرعاية.

وإلى جانب هذه المشكلة المتعلقة بالميزانية يلاحظ أن نحو أربعة من كل عشرة بلدان لا تتبع سياسة محددة في مجال الصحة النفسية ، وأن نحو ثلث البلدان لا يتبع أية سياسة لمكافحة المخدرات والكحول. ويعدّ عدم اتباع سياسات تخصّ الأطفال والمراهقين تحديداً أشد وقعاً في هذا الصدد (Graham & Orley 1998). ولقائل أن يقول في هذا الصدد إن اتباع سياسة ما ليس أمراً ضرورياً ولا كافياً لتحقيق نتائج طيبة، وبأنه يكفي، بالنسبة إلى البلدان التي لا تتبع سياسات خاصة في مجال الصحة النفسية، وجود برنامج محدد أو خطة محددة للصحة النفسية. ولكن ثلث البلدان لا يوجد لديه أية برامج، وربع البلدان لا يملك أية سياسات أو برامج في هذا المجال. وتقيم هذه الأوضاع الدليل على عدم وجود التزام بالتصدي لمشاكل الصحة النفسية وعدم توافر قواعد في مجال تنسيق التخطيط على المستوى الوطني وتقييم استراتيجيات الصحة النفسية وخدماتها والوسائل الخاصة بها (انظر الشكل 4-1).

النظام الصحي وآليات التمويل

تنفذ سياسات وخدمات الصحة النفسية في إطار النظم الصحية العامة وآليات التمويل العامة. ولا بد من أخذ تأثيرات هذه الترتيبات الخاصة بتقديم خدمات الصحة النفسية في الاعتبار عند وضع السياسات وتنفيذها.

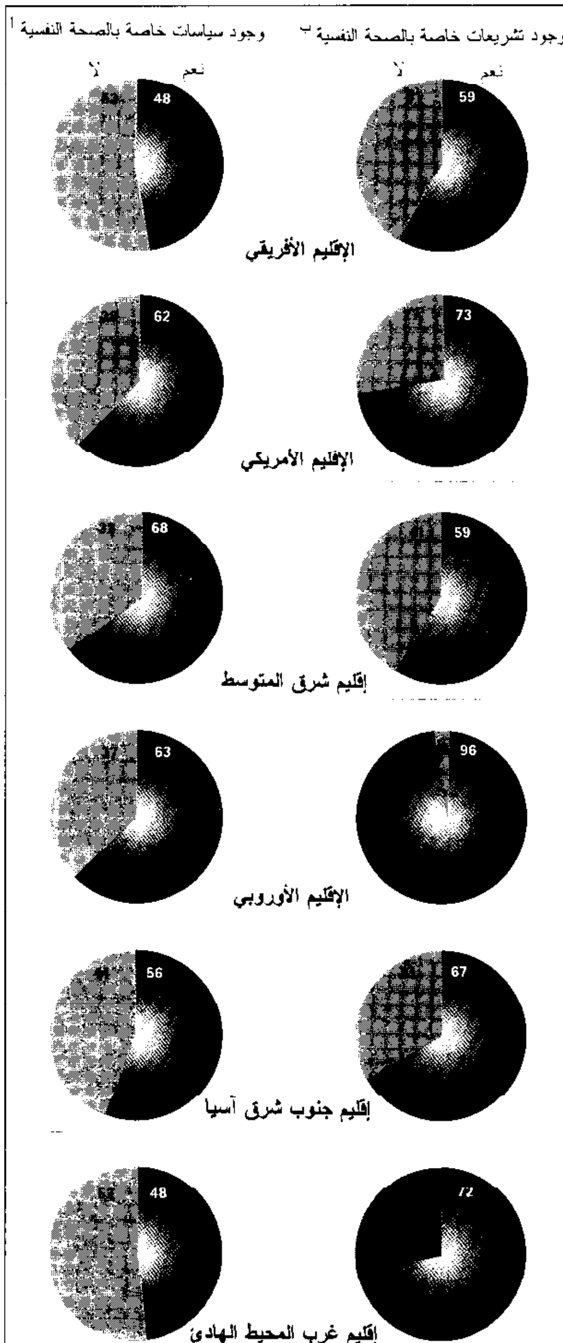
ولقد تطورت النظم الصحية في البلدان المتقدمة، خلال السنوات الثلاثين الماضية، فأصبحت بعد أن كانت نظماً مغرقة في المركزية نظماً تأخذ باللامركزية ونقلت فيها المسؤولية عن تنفيذ السياسات وتقديم الخدمات من الكيانات المركزية إلى الكيانات المحلية. وهذه العملية أثرت أيضاً في شكل تلك النظم في كثير من البلدان النامية. وهناك، بشكل عام، سمتان رئيسيتان للامركزية: الإصلاحات الرامية إلى احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة (ترد مناقشة ذلك في هذا الباب)؛ وإبرام العقود مع مقدمي الخدمات من القطاعين الخاص والعام (ترد أدناه مناقشة هذه المسألة فيما يتصل بتقديم خدمات الصحة النفسية).

الإطار 4-1 مشروع أطلس (Atlas)

إن مشروع أطلس الذي تضطلع به منظمة الصحة العالمية بشأن الموارد المخصصة للصحة النفسية هو من أحدث المشاريع الرامية إلى دراسة نظم الصحة النفسية الوطنية.[1] وهو يشمل 181 دولة عضواً في المنظمة، أي 98.7% من السكان في العالم. وقد تم الحصول على المعلومات خلال الفترة الممتدة من تشرين الأول/ أكتوبر 2000 إلى آذار/ مارس 2001 من وزارات الصحة بالاستعانة باستبيان موجز، وتم جزئياً التأكد من صحتها بالاستناد إلى تقارير الخبراء والوثائق المنشورة. وإذا كانت هذه المعلومات تعطي فكرة عن الموارد المخصصة للصحة النفسية في العالم، فإنها تعاني من ثغرات ينبغي أن تؤخذ في الحسبان. أولها، أن المعلومات تقوم على التبليغ الذاتي ولا يمكن التأكد من صحة كل الأجوبة واحدة واحدة. وثانيها، أن الدول الأعضاء لم ترد جميعها على الاستبيان، ومن المرجح أن ذلك قد أدى، فضلاً عن نقص بعض المعطيات حول بنود الاستبيان، إلى التأثير في النتائج. وثالثها، أن النتائج لا تسمح بالتحليل الشامل لجميع متغيرات الصحة النفسية الخاصة بالبلدان وهي تسترك بعض الجوانب مبهمة.

1. Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas (2001). Geneva, World Health Organization (Fact Sheet No. 260, April 2001).

الشكل 4-1 وجود سياسات وتشريعات خاصة بالصحة النفسية، النسبة المئوية للدول الأعضاء في أقاليم المنظمة، 2000



أ - استناداً إلى معلومات مستمدة من 181 دولة عضواً

ب - استناداً إلى معلومات مستمدة من 160 دولة عضواً

المصدر: Mental health resources in the world. Initial results of project Atlas (2001). Geneva, World Health Organziation.

وسمات التمويل الجيد لخدمات الصحة النفسية لا تختلف عن سمات جودة تمويل الخدمات الصحية بوجه عام (WHO 2000c, Chapter 5). وهناك ثلاثة أمور أساسية لا مناص من أخذها بالحسبان: أولاً، وجوب حماية الناس من التكاليف المالية الكارثية مما يعني التقليل إلى أدنى حد من الإنفاق المباشر وتخصيصه للمصروفات الصغيرة فقط على السلع أو الخدمات الميسورة التكلفة. وتفضل في هذا الصدد جميع أشكال السداد المسبق، سواء كان ذلك من خلال الضرائب العامة أو الضمان الاجتماعي الإلزامي أو التأمين الخاص الطوعي، لأنها توزع المخاطر وتسمح بفصل الانتفاع بالخدمات، ولو جزئياً على الأقل، عن سداد تكاليفها. وغالباً ما تكون المشاكل النفسية مزمنة، ولهذا فإن الأهمية لا تقتصر على تكلفة علاج الفرد أو الخدمة المقدمة إليه وإنما تشمل أيضاً احتمال تكرار العلاج على فواصل زمنية طويلة. وقد تكون التكلفة التي يستطيع الفرد أو الأسرة تحملها مرة واحدة عند حدوث أزمة ما أمراً لا يمكن تحمله في الأمد الطويل، كما هو الحال تماماً فيما يتعلق بمشاكل أمراض غير سارية مزمنة أخرى مثل السكري.

ثانياً، ينبغي للأصحاء أن يدعموا المرضى مالياً. وأي آلية للسداد المسبق تحقق ذلك عموماً - على عكس الإنفاق المباشر - ولكن الإعانات المالية لن تعود بالفائدة على الصحة النفسية حقاً، إلاّ إذا كانت هذه الآلية تشمل احتياجات المرضى النفسيين الخاصة. ويمكن أن يكون نظام التمويل كافياً في هذا المضمار فيما يتعلق بخدمات كثيرة ولكنه لا يضمن تحويل الموارد من الأصحاء إلى المرضى لعلاج الاضطرابات النفسية أو السلوكية لا لشيء إلاّ لأن تلك المشاكل غير مشمولة. ومن ثم يعتمد تأثير أي ترتيب تمويلي في الصحة النفسية على اختيار التدخلات التي يتعين تمويلها.

وثالثاً وأخيراً، فإن نظام التمويل الجيد يعني أن يتولى الأغنياء دعم الفقراء، دعماً جزئياً على الأقل. وهذا هو أصعب ما في الأمر لأنه يعتمد على مدى التغطية وتدرج النظام الضريبي وعلى تحديد من تشمله تغطية الضمان

الاجتماعي أو التأمين الصحي. فالأغنياء لا يدعمون الفقراء إلا إذا شمل نظام التأمين كلتا الفئتين، بدلاً من أن يقتصر على الأغنياء؛ وإذا تناسبت الاشتراكات بصورة جزئية على الأقل مع الدخل بدلاً من أن تكون اشتراكات موحدة أو محددة حسب المخاطر فحسب. وكما هو الشأن دائماً فإن حجم الإعانات المالية واتجاهها يتوقفان أيضاً على الخدمات المشمولة بالتأمين.

وبوجه عام، كلما كان البلد غنياً كان نصيب السداد المسبق من إجمالي الإنفاق الصحي أكبر مما تترتب عليه آثار بالنسبة لتمويل الصحة النفسية. فعندما تغطي الحكومة 70%–80% من إجمالي الإنفاق على الصحة، كما هي الحال في كثير من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، فإن ترتيب الأولوية الذي يُعطى للصحة النفسية ينعكس مباشرة في الميزانية، ولا يكون له إلاّ آثار ضئيلة على الإنفاق الخاص. وعندما لا تؤمّن الحكومة سوى 20%–30% من إجمالي التمويل، كما يحدث ذلك في الصين وقبرص والهند ولبنان وميانمار ونيبال ونيجيريا وباكستان والسودان (WHO 2000c، الملحق، الجدول 8)، وعندما تكون التغطية التأمينية محدودة، يرجح أن تعاني الصحة النفسية أكثر مما تعاني منه المجالات الصحية الأخرى لأن معظم الإنفاق سيكون عندها إنفاقاً مباشراً. والأفراد المصابون باضطرابات نفسية، ولاسيما في البلدان النامية، هم عموماً أفقر من بقية السكان، وهم، في أغلب الأحيان، أقل قدرة على طلب الرعاية أو أقل رغبة في الحصول عليها خوفاً من الوصم أو بسبب تجارب سيئة سابقة مع مرافق تقديم الرعاية، ولهذا فإن اضطرارهم إلى السداد المباشر من أموالهم أو أموال أسرهم يشكل عقبة لهم أكثر مما يشكله اضطرار المصابين بمشاكل صحية بدنية حادة إلى ذلك. ولهذا فإن إيجاد طرق لزيادة نسبة السداد المسبق، وخصوصاً فيما يتعلق بالإجراءات العالية التكلفة أو المتكررة، كما يوصي بذلك *التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000*، يمكن أن يعود بالفائدة على الصحة النفسية، شريطة تخصيص ما يكفي من مبالغ السداد المباشر للاضطرابات النفسية والسلوكية. وعلى العكس من ذلك، فإن الحد من السداد المسبق وزيادة الإنفاق المباشر، مثلما حدث في ظل مراحل الانتقال الاقتصادي في عدة بلدان في الاتحاد السوفييتي – قد يقلل من الموارد المكرسة للصحة النفسية.

وفي البلدان التي تنخفض فيها نسبة السداد المسبق، والتي توجد فيها صعوبات في زيادة الإيرادات الضريبية أو توسيع نطاق التغطية بالضمان الاجتماعي لأن غالبية السكان ريفيون وليس لهم وظائف حقيقية، فإن نظم التمويل المجتمعي قد تكون طريقة جيدة للحد من العبء الذي يمثله الإنفاق المباشر، وهي، حسب المعلومات الشحيحة المتاحة، تصيب نجاحاً لا بأس به إلى حد ما. والجدير بالذكر، أنه ما لم تتلق هذه النظم إعانات كبيرة من الحكومات أو المنظمات غير الحكومية أو الجهات المانحة الخارجية فإن من المستبعد أن تتمكن من حل المشاكل المزمنة الخاصة بفئة يمكن تحديدها بسهولة من السكان المستفيدين. فالناس المستعدون لمساعدة جيرانهم من ذوي الاحتياجات الصحية الماسة سيكونون أقل استعداداً بكثير لدعمهم بشكل دائم. وعليه، فإنه لا يمكن التعويل عليهم كمصدر هام لتمويل

الصحة النفسية: وينبغي ألا تتطلب الخدمات المجتمعية المرتكز تمويلاً مجتمعياً وألا تعتمد على هذا التمويل.

وهذه البلدان الفقيرة نفسها تكون، في بعض الأحيان، معتمدة بشدة في سداد تكاليف الرعاية الصحية على جهات مانحة خارجية. ومن المحتمل أن تكون تلك الجهات مصدراً له قيمته فيما يتعلق بتمويل الصحة النفسية، كما هو الشأن تماماً بالنسبة إلى المشاكل الأخرى، ولكن الجهات المانحة كثيراً ما تكون لها أولوياتها الخاصة بها والتي لا تتوافق بالضرورة مع أولويات الحكومة. فمن النادر أن تولي تلك الجهات الآن الأولوية للصحة النفسية على حساب الأمراض السارية. وفي هذه الحالة يكون على الحكومات أن تحاول إقناع الجهات المانحة بتنظيم تقديم المساعدة على نحو يتفق مع الأوليات القطرية أو استخدام مواردها الشحيحة لتمويل المجالات التي تهملها الجهات المانحة، ولاسيما عن طريق تخصيص نسبة أكبر من الموارد الوطنية للصحة النفسية.

صياغة سياسات الصحة النفسية

لا بد لسياسة الصحة العامة أن نولي اهتماماً خاصاً بسياسات الصحة النفسية، مثل سياسات مكافحة تعاطي الكحول والمخدرات، بسبب ما يتعرض له المصابون بهذه الاضطرابات النفسية والسلوكية من وصم وانتهاكات وما يحتاجه عدد كبير منهم من مساعدة في الحصول على السكن اللائق أو الحصول على الإعانات المالية اللازمة.

ويجب أن تندرج هذه السياسات ضمن المجموعة المعقدة التي تضم التوجهات الحكومية العامة الخاصة بالصحة والرعاية والمساعدة الاجتماعية العامة. ويجب مراعاة الحقائق الاجتماعية والسياسية والاقتصادية على كل من المستوى المحلي والإقليمي والوطني. ولا بد، لدى وضع تلك السياسات، من طرح عدد من الأسئلة (انظر الإطار 2-4).

وتشكل سياسات مكافحة تعاطي الكحول والمخدرات قضية هامة نظراً لأنها تتضمن وضع القوانين موضع التنفيذ وفرض ضوابط أخرى على توريد المواد النفسية التأثير، ومجموعة من خيارات التعامل مع الآثار السلبية المترتبة على تعاطي المخدرات والتي تهدد السلامة العامة، فضلاً عن تناولها لمسائل التعليم والوقاية والعلاج والتأهيل (WHO 1998).

وهناك خطوة هامة نحو وضع سياسات للصحة النفسية تتمثل في قيام الحكومة بتحديد المسؤولين عن صياغة هذه السياسات. ويجب أن تشمل عملية وضع السياسات آراء طائفة كبيرة من الأطراف المعنية: تضم المرضى (ويسمون المستهلكين أحياناً) وأفراد الأسر والمهنيين وصانعي السياسات وسائر الأطراف المؤثرة. والبعض، مثل الموظفين وأعضاء جهاز القضاء الجنائي، قد لا يعتبر نفسه من الأطراف المعنية، إلا أنه لابد من إقناعهم بأهمية المشاركة في هذا الصدد. وينبغي أن تحدد السياسات الأولويات وأن تضع معالم الأساليب المنتهجة على أساس الاحتياجات المحددة ومع مراعاة الموارد المتاحة.

الإطار 4-2 صياغة السياسة العامة: المواضيع الرئيسية

يتوقف اتباع سياسة ناجحة في مجال الصحة النفسية على ضمان ردود إيجابية على الأسئلة التالية:

- **هل ترمي السياسة المتبعة إلى تعزيز تطوير الرعاية المجتمعية المرتكز؟**
- **هل ستكون الخدمات شاملة وتتكامل مع الرعاية الصحية الأولية؟**
- **هل تشجع السياسة المتبعة إقامة الشراكات بين الأفراد والأسر والمهنيين الصحيين؟**
- **هل ترمي السياسة المتبعة إلى تزويد هؤلاء بالوسائل التي تمكنهم من العمل؟**
- **هل تقيم السياسة نظاماً يحترم ويحمي الحقوق الأساسية للمصابين باضطرابات نفسية ويساعدهم على ممارسة تلك الحقوق على أفضل وجه؟**
- **هل تستند، السياسة المتبعة قدر الإمكان، إلى قرائن؟**
- **هل تكفي أعداد مقدمي الخدمات الجيدي التدريب لضمان وضع السياسة موضع التنفيذ؟**
- **هل تعترف السياسة المتبعة بالاحتياجات الخاصة بالنساء والأطفال والمراهقين؟**
- **هل هناك تكافؤ بين خدمات الصحة النفسية والخدمات الصحية الأخرى؟**
- **هل تقتضي السياسة المتبعة رصد الخدمات وتقييمها باستمرار؟**
- **هل تؤدي السياسة المتبعة إلى إنشاء نظام يلبي احتياجات السكان الذي لا يحظون بخدمات كافية والذين هم عرضة للإصابة بالأمراض؟**
- **هل هناك اهتمام كاف باستراتيجيات الوقاية والتعزيز؟**
- **هل تدعم السياسة المتبعة الروابط فيما بين الصحة النفسية والقطاعات الأخرى؟**

وفي بعض البلدان، يجري دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية بدون إدخال إصلاحات جوهرية على مصحات العلاج النفسي، ولا الأخذ بالخيارات المجتمعية. وتمثل الإصلاحات الرئيسية المدخلة على القطاع الصحي في بلدان عديدة فرصاً سانحة لتعزيز الصحة النفسية في تلك القطاعات والبدء في تحقيق التكامل على مستوى السياسات ومستوى الخدمات الصحية والمجتمع. وفي أوغندا (انظر الإطار 4-3)، على سبيل المثال، ظلت الصحة النفسية إلى وقت قريب مجالاً لا يلقى سوى الإهمال.

إنشاء قاعدة معلومات

يجب أن تعتمد صياغة السياسات على معلومات حديثة وموثوقة بخصوص المجتمع ومؤشرات الصحة النفسية والعلاجات الناجعة واستراتيجيات الوقاية والتعزيز والموارد المكرسة للصحة النفسية. ولا بد من استعراض السياسات بشكل دوري لكي يتسنى تعديل البرامج أو تحديثها.

وهناك مهمة ذات أهمية تتمثل في جمع وتحليل المعلومات الوبائية من أجل تعيين المحددات النفسية الاجتماعية الرئيسية للمشاكل النفسية، وتكوين فكرة عن مدى وطبيعة المشاكل في المجتمع. وثمة مهمة أخرى ذات أهمية هي إجراء جرد كامل للموارد والهياكل الموجودة في المجتمعات والمناطق، فضلاً عن إجراء تحليلات ناقدة لمدى تلبيتها للاحتياجات المحددة. ومن المأمول، في هذا الصدد، استخدام "شبكة معلومات اقتصادية مختلطة" من أجل توضيح مختلف فئات مقدمي الخدمات، وكيفية تمويلها وسبل ربط هذه الفئات والموارد ببعضها البعض . ويمكن أن يقدم خدمات الصحة النفسية وما يرتبط بها من

الإطار 4-3 إصلاح خدمات الصحة النفسية في أوغندا

تمّ إضفاء طابع اللامركزية على خدمات الصحة النفسية في أوغندا في الستينات، حيث أنشئت وحدات الصحة النفسية في مستشفيات الإحالة الإقليمية. وكانت هذه الوحدات أشبه بالسجون يعمل فيها أخصائيون في الطب النفسي. وكانت هذه الخدمات تعاني من تدني معنويات الموظفين ونقص مزمن في الأدوية وانعدام الموارد المخصصة لتمويل أي أنشطة ذات طابع مجتمعي. وكان معظم الناس لا يعرفون الكثير أو القليل عن الاضطرابات النفسية أو لا يعلمون أن هناك أساليب علاج ناجعة وخدمات فعالة. ويلجأ ما يزيد على 80% من المصابين إلى المداوين الشعبيين قبل الوصول إلى النظام الصحي.[1]

وفي عام 1996، بدأت وزارة الصحة، بتشجيع من منظمة الصحة العالمية، في تعزيز خدمات الصحة النفسية ودمجها في الرعاية الصحية الأولية. ووضعت معايير ومبادئ توجيهية بشأن التدبير العلاجي لحالات الصرع وصحة الأطفال والكبار النفسية ابتداءً بالمستوى المجتمعي وانتهاء بالمؤسسات من المرتبة الثالثة. وحصل العاملون الصحيون على تدريب لتحري الاضطرابات النفسية والعصبية المنتشرة وتدبيرها العلاجي أو إحالتها. وقد أقيم نظام إحالة جديد على غرار النظم الخاصة بالإيدز والمراهقين والصحة الإنجابية والتثقيف الصحي. كما بذلت جهود لإذكاء الوعي بالصحة النفسية لدى عامة السكان. وتم تنقيح قانون الصحة النفسية ودمجه في مشروع قانون خاص بالخدمات الصحية. وأضيفت الأدوية النفسية والعصبية إلى قائمة الأدوية الأساسية.

وقد أصبحت الصحة النفسية الآن أحد مكونات تشكيلة الحد الأدنى الذي ينبغي توفيره من خدمات الرعاية الصحية الوطنية. وهي جزء من ميزانية وزارة الصحة. ومن المزمع بناء وحدات الصحة النفسية في ستة من مستشفيات الإحالة الإقليمية العشرة، ومن المقرر أيضاً تقليص سعة مستشفى الطب النفسي الوطني الذي يحتوي على 900 سرير بنسبة النصف.

1. Baingana F (1990). Personal communication

خدمات، مثل دعم الرعاية الاجتماعية والإسكان، كل من المنظمات أو المجموعات العامة (الدولة) أو الخاصة (التي تستهدف الربح) أو الطوعية (التي لا تستهدف الربح) أو غير الرسمية (الأسرة أو المجتمع). والحقيقة أن معظم الناس لا يتلقون سوى خدمات منظمة قليلة وعليهم أن يقنعوا في كثير من الأحيان بالدعم غير الرسمي الذي تقدمه الأسر والأصدقاء والمجتمع. وهناك، بشكل عام، خمسة أساليب أساسية لتمويل الخدمات هي: أسلوب الإنفاق المباشر، ونظم التأمين الخاصة، والضمان الاجتماعي، والضرائب العامة، والمنح المقدمة من الهيئات الخيرية (المنظمات غير الحكومية). وبعد تحديد شبكة المعلومات يمكن إجراء تحليل أكثر منهجية لنوع وجودة الخدمات، ومقدمي الخدمات الرئيسيين، ومسألتي يُسر الحصول على الخدمات والمساواة.

ويتطلب وضع السياسات وتقييمها، على حد السواء، وجود نظام معلومات جيد الأداء والتنسيق لقياس العدد الأدنى من مؤشرات الصحة النفسية. ولا يملك ثلث البلدان تقريباً الآن أية نظم لتبليغ بيانات الصحة النفسية سنوياً. والبلدان التي توجد فيها نظم من هذا القبيل تفتقر إلى معلومات مفصلة تفصيلاً كافياً لكي تتيح تقييم مدى فعالية السياسات والخدمات والعلاج. ولا يملك نصف البلدان تقريباً أية وسائل لجمع البيانات الوبائية أو البيانات بشأن الخدمات على المستوى الوطني.

ويجب على الحكومات الاستثمار في إقامة نظم لرصد المعلومات تشتمل على مؤشرات للمحددات الديموغرافية والاجتماعية الاقتصادية الرئيسية الخاصة بالصحة النفسية والصحة النفسية لعامة السكان، وأولئك الذين يخضعون للعلاج (بما في ذلك فئات تشخيص موزعة حسب السن والجنس)، وكذلك مؤشرات النظم الصحية. وقد تشمل مؤشرات النظم الصحية، على سبيل المثال، عدد أسرّة المستشفيات العامة ومستشفيات العلاج النفسي، وعدد حالات الإقامة في المستشفيات وحالات العودة إليها، وطول مدة الإقامة في المستشفيات، والمدة الفاصلة بين الإصابة بالمرض والاتصال بالمستشفى للمرة الأولى، وأنماط الاستفادة من العلاج، ومعدلات الشفاء، وعدد زيارات المرضى الخارجيين، ومدى تواتر الزيارات على مستوى الرعاية الأولية، ومدى تواتر جرعات الدواء، وعدد العاملين ومرافق التدريب.

ويمكن أن تشمل أساليب القياس الاستقصاءات السكانية وجمع البيانات بانتظام عن المرضى المعالجين في مستويات الرعاية من الدرجتين الثالثة والثانية والرعاية الأولية، واستخدام بيانات الوفيات. ويجب أن يتيح النظام المنشأ في البلدان مقارنة وتحليل المعلومات المجموعة على المستويين المحلي والإقليمي بصورة منتظمة على الصعيد الوطني.

التركيز على الفئات السريعة التأثر وبعض المشاكل النوعية

ينبغي أن تحدد السياسات الفئات السريعة التأثر والسهلة التعرض للمخاطر ذات الاحتياجات الخاصة في مجال الصحة النفسية. وفي معظم البلدان تشمل هذه الفئات الأطفال والمسنين والنساء اللائي يتعرضن للإيذاء. وهناك أيضاً فئات قد تتعرض للخطر بسبب الظروف الاجتماعية السياسية السائدة في البلدان، مثل اللاجئين والمشردين في مناطق تشهد حروباً أهلية أو منازعات داخلية.

أما فيما يخص *الأطفال*، فينبغي للسياسات أن ترمي إلى وقاية الأطفال من العجز النفسي من خلال التغذية والرعاية قبل الولادة وفي فترة ما حول الولادة، وتجنب تعاطي الكحول والعقاقير أثناء الحمل، والتمنيع ويودنة الملح، واتخاذ تدابير تكفل سلامة الأطفال، والعلاج من اضطرابات الطفولة الشائعة مثل الصرع، وتحري الاضطرابات في مرحلة مبكرة من خلال الرعاية الأولية، والتحديد المبكر للاضطرابات، وتعزيز الصحة في المدارس. وهذه المسألة الأخيرة مجدية، مثلما يتضح من تجربة الإسكندرية، في مصر، حيث جرى تدريب المشرفين على توعية ونصح الأطفال على العمل في المدارس من أجل تحري وعلاج الاضطرابات النفسية والسلوكية في مرحلة الطفولة (EL-Din et al. 1996). وتعترف اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل بحق الأطفال والمراهقين في الحصول على الخدمات الملائمة (UN 1989). ويمكن للخدمات الخاصة بالشباب، التي ينبغي تنسيقها مع المدارس والرعاية الأولية، أن تهتم بالصحة النفسية والبدنية بطريقة متكاملة وشاملة، تعالج مشاكل مثل حالات الحمل المبكر وغير المُخَطَّط له وغير المرغوب فيه ، وتعاطي

التبغ والكحول وغيرهما من المواد، والسلوكيات العنيفة، ومحاولات الانتحار، والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري والأمراض المنقولة جنسياً.

وفيما يخص *المسنين*، ينبغي أن تؤدي السياسات إلى دعم وتحسين الرعاية المقدمة بالفعل إلى المسنين وأسرهم، ودمج التقييم والإدارة المتعلقين بالصحة النفسية في خدمات الصحة العامة، وتوفير الرعاية التي تحفظ ماء الوجه لأفراد الأسر الذين كثيراً ما يتولون تقديم خدمات الرعاية بشكل رئيسي.

وفيما يخص *النساء*، يجب أن تحارب السياسات التمييز في مجال الحصول على خدمات الصحة النفسية والعلاج والخدمات المجتمعية. ولابد من إيجاد خدمات داخل المجتمع وعلى مستوى الرعاية الأولية ومستوى الرعاية من الدرجة الثانية بغية دعم النساء اللائي يتعرضن للعنف الجنسي أو المنزلي أو لأشكال أخرى من العنف، وكذلك النساء اللائي يعانين من مشاكل تعاطي الكحول والمخدرات.

وفيما يخص *المجموعات المهجرة داخل أوطانها واللاجئين*، يجب أن تتناول السياسات مسائل الإسكان والتوظيف وتوفير المأوى والملبس والمأكل، وكذلك الآثار النفسية والمعنوية المترتبة على المعاناة من الحروب والنزوح وفقدان المعيل. وينبغي أن تشكل التدخلات المجتمعية أساس الإجراءات المتعلقة بالسياسات.

ونظراً لخصائص *السلوك الانتحاري*، يجب أن تتناول السياسات عوامل بيئية محددة، وخصوصاً تيسر الحصول على الأدوات الشائع استعمالها في الانتحار في أماكن معينة. كما يجب أن تكفل الرعاية رعاية الأفراد المعرضين لاحتمالات الخطر، ولاسيما المصابين باضطرابات نفسية، والناجين من محاولات الانتحار.

ولا تقتصر *المشاكل المرتبطة بتعاطي الكحول* على مدمنيه. وينبغي أن تركز إجراءات الصحة العمومية على كل من يتعاطون الكحول، بدلاً من توجيهها نحو مدمنيه فحسب. ولا بد من وضع الإمكانية السياسية وقدرة البلد المعني على الاستجابة وقبول الجماهير واحتمالية التأثير في الاعتبار عند تحديد السياسات. وتشمل أكثر سياسات مكافحة تعاطي الكحول فعالية زيادة الأسعار الفعلية والضرائب المفروضة على المسكرات، والحد من التعاطي عن طريق التحكم في توافر المسكرات، بما في ذلك سنّ التشريعات التي تحدد السن الدنيا للسماح بشرب المسكرات، وتقييد عدد وأنواع المنافذ التي تقدم أو تبيع الكحول وتقييد ساعات عملها، وسن القوانين التي تحظر قيادة السيارات في حالة سكر، وتوعية خدم المقاهي (من خلال وضع السياسات وأنشطة التدريب بهدف رفض تقديم المسكرات للمخمورين). ومن الأمور الهامة أيضاً، فرض الرقابة على الإعلانات عن المسكرات، وخصوصاً ما يستهدف منها الشباب، وتثقيف الجماهير بشأن الآثار السلبية لتعاطي الكحول (على سبيل المثال من خلال وسائل الإعلام الجماهيري وحملات التسويق الاجتماعي) وفرض وضع بطاقات لاصقة تحذيرية، وفرض ضوابط صارمة على سلامة المنتجات، وتنفيذ تدابير مكافحة الإنتاج والبيع غير المشروعين للمسكرات . وأخيراً، ينبغي أن يشكل توفير العلاج لمن يعانون مشاكل مرتبطة بتعاطي الكحول جزءاً من مسؤولية المجتمع عن

صحة المجتمع والرعاية الاجتماعية (Jernigan et al. 2000).

وينبغي أن تستهدف السياسات الخاصة *بمكافحة تعاطي العقاقير غير المشروعة* مكافحة توريد العقاقير غير المشروعة، والحد من الطلب عليها عن طريق منعها وبسائر الطرق الممكنة، والحد من الآثار السلبية لإدمان المخدرات، وتوفير العلاج. وينبغي أن تستهدف هذه السياسات عامة الناس وشتى المجموعات المعرضة للخطر. ويقتضي استحداث برامج وخدمات فعالة فهم أبعاد المشاكل الناجمة عن تعاطي المخدرات وما يتصل بها من مشاكل، وفهم كيفية تغيرها بمرور الزمن حسب أنماط التعاطي. ولا بد أن يكون نشر المعلومات دقيقاً ومناسباً للمجموعات المستهدفة. وينبغي أن يتجنب نشر المعلومات الإثارة، وينبغي تعزيز الكفاءة النفسية الاجتماعية من خلال التزويد بالمهارات الأساسية، وتمكين الأفراد من القيام باختيارات أصح فيما يخص تعاطيهم المواد. ولما كان التعاطي يرتبط بعدد من المشاكل الاجتماعية وبالإقصاء عن المجتمع فإن من المرجح أن تكون جهود الوقاية أنجح إذا أدمجت مع استراتيجيات ترمي إلى تحسين حياة الناس والمجتمعات، بما في ذلك الحصول على خدمات التعليم والرعاية الصحية.

احترام حقوق الإنسان

ينبغي لسياسات وبرامج الصحة النفسية أن تحترم الحقوق التالية: المساواة وعدم التمييز، والحق في التمتع بحياة خاصة، والاستقلال الذاتي، والسلامة البدنية، والحق في الحصول على المعلومات والمشاركة، والحرية الدينية وحرية التجمع والتنقل.

وتقتضي اتفاقية حقوق الإنسان أيضاً أن يتم، لدى تخطيط أو وضع سياسات أو برامج خاصة بالصحة النفسية، مراعاة الفئات السريعة التأثر والسهلة التعرض للمخاطر (مثل السكان الأصليين والقبليين والأقليات الوطنية والعرقية والدينية واللغوية، والعمال المهاجرين، واللاجئين والذين يفتقدون وثائق الجنسية، والأطفال والمراهقين والمسنين).

وعلاوة على *الميثاق الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية والميثاق الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية*، الملزمين قانوناً والساريين على حقوق الإنسان الخاصة بمن يعانون اضطرابات نفسية وسلوكية، يتمثل أهم الجهود الدولية وأكثرها جدية في مجال حماية حقوق المرضى النفسيين في القرار 119/46 للجمعية العامة للأمم المتحدة، *حماية المصابين بأمراض نفسية وتحسين رعاية الصحة النفسية*، الذي اعتمد في عام 1991 (UN 1991). وعلى الرغم من أن القرار غير ملزم قانوناً، فإنه ينص على طائفة من الحقوق الأساسية التي يعتبرها المجتمع الدولي حقوقاً مصونة سواء في المجتمع أو عند تلقي المرضى النفسيين للعلاج من نظام الرعاية الصحية. وهو يضم 25 مبدأ مندرجاً ضمن فئتين: الحقوق والإجراءات المدنية والحصول على الرعاية وجودتها. وتشمل المبادئ بيانات بشأن الحريات والحقوق الأساسية للمرضى النفسيين، ومعايير لتحديد المرض النفسي، وحماية السرية، ومعايير الرعاية والعلاج بما فيها الإدخال غير الطوعي إلى المستشفيات

وقبول العلاج، وحقوق المرضى النفسيين داخل مرافق الصحة النفسية، وتخصيص الموارد لتلك المرافق، وإقامة آليات للمراجعة، وحماية حقوق الجانحين من المرضى النفسيين، وتوفير الضمانات الإجرائية لحماية حقوق المرضى النفسيين.

ويمكن *لاتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل* (1989) أن تكون بمثابة دليل فيما يتعلق بوضع سياسات تركز على الأطفال والمراهقين تحديداً. وهي تشمل الحماية من جميع أشكال الاستغلال البدني والنفسي، وعدم التمييز، والحق في الحياة، والبقاء والنمو، وتحقيق المصالح العليا للأطفال، واحترام آرائهم.

وهناك أيضاً عدد من المواثيق الإقليمية لحماية حقوق المرضى النفسيين، بما في ذلك *الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية*، التي تدعمها المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان؛ *والتوصية رقم 1235(1994) بشأن العلاج النفسي وحقوق الإنسان*، المعتمدة من قبل الجمعية البرلمانية للمحكمة الأوروبية؛ *والاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان، 1978؛ وإعلان كاراكاس* المعتمد من قبل المؤتمر الإقليمي المعني بإصلاح الرعاية النفسية في أمريكا اللاتينية في عام 1990 (انظر الإطار 3-3).

وتعد الهيئات المكلفة بالتحقق من تطبيق المعاهدات المتعلقة بمواثيق واتفاقيات حقوق الإنسان مثالاً للوسائل التي لا تستخدم إلاّ فيما ندر، لتعزيز إدراك الحكومات لمسؤولياتها فيما يخص الصحة النفسية، وسن قوانين دولية لمعالجة المسائل المتعلقة بالصحة النفسية. وينبغي تشجيع المنظمات غير الحكومية والعاملين في حقول الطب والصحة العمومية على الاستفادة من هذه الآليات الموجودة في حث الحكومات على تخصيص الموارد اللازمة للوفاء بالتزاماتها إزاء الرعاية الصحية للمصابين باضطرابات نفسية، ومناهضة التمييز الذي يتعرضون له في المجتمع، وضمان كل حقوقهم الأساسية.

تشريعات الصحة النفسية

ينبغي لتشريعات الصحة النفسية أن تقنن مبادئ سياسة الصحة النفسية وقيمها ومراميها وغاياتها الأساسية. ووضع تشريعات من هذا القبيل أمر ضروري لضمان صون كرامة المرضى وحماية حقوقهم الأساسية.

ومن بين البلدان المائة والستين التي تقدم معلومات عن هذا الموضوع (WHO 2001) لا تملك حوالي ربعها أية تشريعات تتعلق بالصحة النفسية (الشكل 4-1). وقد وضع نصف التشريعات الحالية تقريباً في العقد الماضي، ولكن خمسها تقريباً وضع قبل أربعين عاماً أي في فترة لم تكن أساليب العلاج الحالية قد توافرت فيها بعد.

ولا بد أن تضع الحكومات تشريعات وطنية للصحة النفسية تتسق مع الالتزامات الدولية في مجال حقوق الإنسان، وتطبق المبادئ المذكورة أعلاه، بما في ذلك القرار 119/46 الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة.

إيتـــاء الخـــدمـــات

هناك عقبات كثيرة تعرقل التدخلات التي تمكّن من مكافحة الاضطرابات النفسية والسلوكية بنجاعة (الشكل 4-2). وتختلف العقبات التي تواجه النظم الصحية من بلد لبلد، إلاّ أنه توجد بينها بعض الجوانب المشتركة المتعلقة بالنقص الشديد في خدمات الصحة النفسية، ورداءة نوعية العلاج والخدمات، ومشاكل تتصل بالحصول على الخدمات والعدالة والإنصاف.

الشكل 4-2 العقبات التي تعترض تنفيذ تدخلات ناجعة فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية

الوصم والتمييز

- مدى وخامة المشكلة بالمقارنة مع قلة الموارد المخصصة للصحة النفسية
- عدم ملاءمة سياسات الصحة النفسية أو عدم وجودها
- عدم ملاءمة تشريعات الصحة النفسية أو عدم وجودها
- ممارسة التأمين الصحي للتمييز ضد المصابين باضطرابات نفسية وسلوكية (مثل المشاركة في السداد)

المؤسسات الكبيرة من الدرجة الثالثة

- الوصم ورداءة ظروف المصحات وانتهاكات حقوق الإنسان وارتفاع التكاليف
- عدم ملاءمة العلاج والرعاية

الرعاية الصحية الأولية

- الوعي والمهارات والتدريب والإشراف فيما يتعلق بالصحة النفسية
- قلة تطور البنية الأساسية

الخدمات المجتمعية للصحة النفسية

- نقص الخدمات والموارد

الموارد البشرية

- نقص الأخصائيين وأخصائيي الصحة العامة الذين يملكون المعارف والمهارات اللازمة لمعالجة الاضطرابات في جميع مستويات الرعاية

الأدوية النفسية التأثير

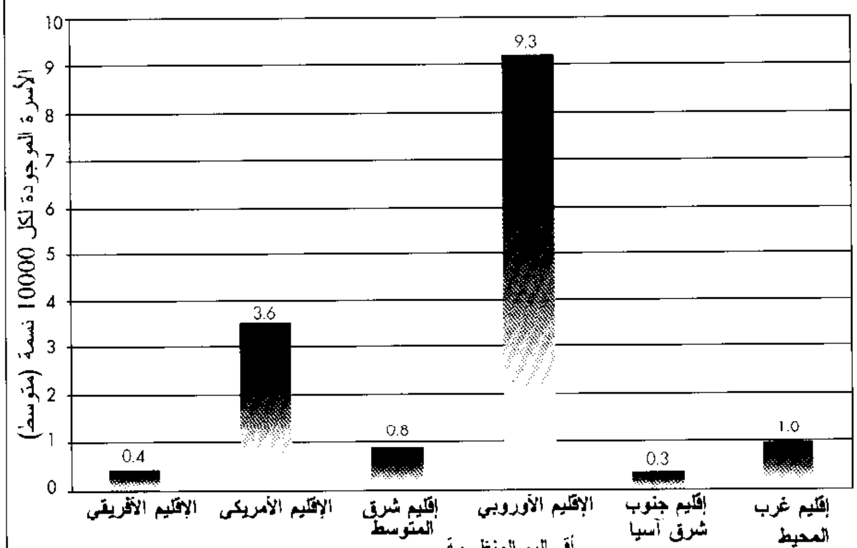
- عدم كفاية إمدادات الأدوية النفسية التأثير وسوء توزيعها في جميع مستويات الرعاية

تنسيق الخدمات

- سوء التنسيق بين الخدمات، بما في ذلك القطاعات غير الصحية

الحروب والنزاعات **الكوارث** **التوسع الحضري** **الفقر**

الشكل 4-3 أسرّة العلاج النفسي لكل 10 000 نسمة حسب أقاليم المنظمة ، 2000 [أ]



أ استناداً إلى معلومات مستمدة من 177 دولة عضواً

المصدر: Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas (2001). Geneva. World Health Organization.

وقد أدخل عدد كبير من البلدان إصلاحات على نظمها الخاصة بالصحة النفسية، أو أنها عاكفة على ذلك، ولكن مدى الإصلاحات ونوعها يختلفان اختلافاً هائلاً أيضاً. ولم ينجح أي بلد في إدخال كل الإصلاحات اللازمة لتذليل جميع العقبات. فقد نجحت إيطاليا في إصلاح خدماتها في مجال العلاج النفسي ولكنها تركت خدماتها الخاصة بالرعاية الأولية على ما هي عليه (الإطار 4-4). وفي أستراليا (الإطار 4-5) زاد الإنفاق الصحي على الصحة النفسية وحدث تحول نحو الرعاية المجتمعية. وهناك أيضاً محاولات تبذل لإدماج الصحة النفسية في الرعاية الأولية وزيادة مشاركة المستفيدين من الخدمات في عملية صنع القرارات. ولكن مستوى الرعاية المجتمعية في بعض الأماكن رديء للغاية ولاسيما فيما يخص الإسكان.

وعلى الرغم من أنه لا يوصى باستخدام مؤسسات العلاج النفسي التي يوجد فيها عدد كبير من الأسرّة في رعاية الصحة النفسية، فإنه لا بد من وجود عدد من الأسرة في المستشفيات العامة للتصدي للحالات الحادة. وهناك تفاوت كبير في عدد الأسرّة المتاحة لرعاية الصحة النفسية (الشكل 4-3). فمتوسط عدد الأسرّة بالنسبة إلى سكان العالم يبلغ 1.5 سرير لكل 10 000 شخص، ويتراوح بين 0.33 في إقليم جنوب شرق آسيا لمنظمة الصحة العالمية و9.3 في الإقليم الأوروبي. وتبلغ النسبة أقل من سرير واحد لكل 10 000 شخص، فيما يتعلق بثلثي عدد السكان في العالم، ومازال ما يزيد على نصف عدد كل الأسرّة موجوداً في مؤسسات للعلاج النفسي تقدّم خدمات رعاية هي أشبه بما يحدث في

الإطار 4-4 إصلاح خدمات الصحة النفسية في إيطاليا

أصدر البرلمان الإيطالي منذ عشرين عاماً "القانون رقم 180" بغية إصلاح خدمات رعاية الطب النفسي في البلد بشكل جذري. وهو عبارة عن قانون إطاري (*legge quadro*) يسند إلى الأقاليم مهام معينة لصياغة وتنفيذ معايير وأساليب وجداول زمنية مفصلة بغية ترجمة المبادئ العامة المنصوص عليها في القانون إلى أعمال ملموسة. وفيما يخص التدبير العلاجي للأمراض النفسية، وضعت ثلاثة بدائل لمستشفيات الطب النفسي: تخصيص أسرّة للطب النفسي في مستشفيات عامة؛ وإقامة مرافق (وليس مستشفيات) يقوم عليها عاملون متفرغون أو غير متفرغين؛ وعيادات خارجية تشمل المستشفيات النهارية والمراكز النهارية والمستوصفات.[1]

وبعد مضي 10 سنوات على إقرار هذا القانون، انخفض عدد المقيمين في مستشفيات الطب النفسي بنسبة 53% . ولا يعرف بالتحديد العدد الإجمالي للمرضى الذين أخرجوا من المستشفيات النفسية خلال العقدين الماضيين. أما عدد المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفيات، باعتبارهم نسبة مئوية من مجموع المرضى النفسيين، فقد شهد انخفاضاً مطرداً وصل إلى 50 % في عام 1975 إلى حوالي 20% في عام 1984 ثم حوالي 11.8% في عام 1994. ولا تتجلى ظاهرة "الباب الدوار" – أي المرضى الذين يعودون إلى المستشفى بعد خروجهم منه – إلاّ في المجالات التي تفتقر إلى الخدمات المجتمعية المرتكز الفعالة والجيدة التنظيم.

وبيّنت دراسات استقصائية أجريت في الآونة الأخيرة أن من المرجح ألاّ يحصل المرضى النفسيون على أفضل أساليب المعالجة الدوائية حتى في إطار الخدمات الجديدة وأن أنماط العلاج النفسي الاجتماعي القائم على الملاحظات العلمية تتوزع على نحو غير متكافئ فيما بين خدمات الصحة النفسية. ورغم أن التدخلات التثقيفية النفسية، على سبيل المثال، تعتبر بصفة عامة عنصراً أساسياً في رعاية المرضى الذين يشكون من الفصام، فإن نسبة الأسر التي تحصل على شكل من أشكال هذا العلاج لاتتجاوز 8%. وتشير البيانات النادرة المتاحة إلى أن الأسر تتولى تقديم جزء من الرعاية للمريض حيث إن ذلك كان في الأصل من مسؤوليات مستشفيات الأمراض النفسية. ويبدو على كل حال أن بعض المنافع التي تعود على المرضى إنما يتحقق بفضل الدعم الأسري اليومي وليس نتيجة للخدمات المقدمة.

وهذه التجربة تدل على عدة أشياء. أولاً، أنه لا يمكن الانتقال من خدمات مرتكزة أساساً على المستشفيات إلى خدمات مرتكزة أساساً على المجتمع بمجرد إقفال مؤسسات الأمراض النفسية. بل ينبغي وضع هياكل بديلة ملائمة كما كان الحال في إيطاليا. ثانياً، لابد من الالتزام السياسي والإداري لتحقيق الفعالية في مجال الرعاية المجتمعية. وينبغي توظيف الاستثمارات في المباني والموظفين والتدريب وتوفير مرافق الدعم الاحتياطي. ثالثاً، إن الرصد والتقييم من الجوانب المهمة في إحداث التغيير، فينبغي الأخذ بالتخطيط والتقييم معاً في آن واحد كما ينبغي أن يستند التقييم، قدر الإمكان، إلى قاعدة وبائية. رابعاً وأخيراً، ينبغي ألا يقتصر قانون الإصلاح على وضع مبادئ توجيهية فقط (كما هو الشأن في إيطاليا) بل أن تكون ذات طابع توصيفي: إذ ينبغي وضع معايير توضّح الحد الأدنى الذي لا يمكن الاستغناء عنه فيما يخص الرعاية وعند وضع نظم رصد موثوقة، وينبغي وضع جداول زمنية إلزامية بغية إقامة المرافق المقرر إنشاؤها، وينبغي إنشاء آليات مركزية للتحقق من جودة الخدمات ومراقبتها ومقارنتها.

1. de Girolomo G, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (3-4): 197-214.

السجون لا في مرافق الرعاية الصحية الحقيقية.

ومهما يكن من أمر، فإن المؤسسات الكبيرة للرعاية من الدرجة الثالثة التي توجد فيها مرافق خاصة برعاية الحالات الحادة ومرافق خاصة بالرعاية المديدة على السواء لا تزال في بلدان عديدة هي الوسيلة المهيمنة لتقديم خدمات العلاج والرعاية. غير أن هذه المؤسسات لم تحقق سوى نتائج رديئة كما أنها وصمة بارزة على انتهاك حقوق الإنسان .

الإطار 4-5 إصلاح خدمات الصحة النفسية في أستراليا

يعد الاكتئاب في أستراليا رابع الأسباب التي تلقي بعبء المرض الإجمالي وأول العوامل الكامنة وراء الإصابة بالعجز.[1] واعتمدت الحكومة الاتحادية ووزارات صحة جميع الولايات استراتيجية البلد الوطنية الأولى بشأن الصحة النفسية في عام 1992. ولذا أنشأت إطاراً تعاونياً لتنفيذ الأنشطة ذات الأولوية المتفق عليها خلال مدة خمس سنوات (1993-1998).

وقد بيَّن هذا البرنامج الذي يستغرق تنفيذه خمس سنوات التغييرات التي يمكن تحقيقها في إصلاح خدمات الصحة النفسية الوطنية. وزاد الإنفاق الوطني على رعاية الصحة النفسية بنسبة 30% بالأرقام الحقيقية، في حين ارتفع الإنفاق على الخدمات المجتمعية المرتكز بنسبة 87 %. وبحلول عام 1998، ارتفع مبلغ الإنفاق في مجال الصحة النفسية المخصص لرعاية الأشخاص داخل المجتمع من 29 % إلى 46%. وسمحت الموارد الموفرة من خلال تقليص حجم المؤسسات بتمويل 48% من النمو المسجل في الخدمات المجتمعية المرتكز وخدمات المستشفيات العامة. وزاد عدد العاملين السريريين الذين يقدمون خدمات الرعاية المجتمعية بنسبة 68 % بالتوازي مع زيادة الإنفاق.

أما مؤسسات الطب النفسي المستقلة التي كانت تحصل على 49% من إجمالي الموارد المخصصة للصحة النفسية، فلم تعد تحصل إلاّ على 29% من تلك الموارد كما تم خفض عدد الأسرّة في المؤسسات الاستشفائية بنسبة 42%. وارتفع، في الوقت ذاته، عدد الأسرّة المخصصة للأمراض النفسية الحادة في المستشفيات العامة بنسبة 34%. ووضعت 61% من المؤسسات العمومية المعنية بالصحة النفسية آليات رسمية تتيح مشاركة المستهلكين ومقدمي الخدمات. وزاد إجمالي حصة القطاع غير الحكومي من تمويل الصحة النفسية من 2% إلى 5% كما ارتفعت الأموال المخصصة للمنظمات غير الحكومية من أجل تقديم الدعم المجتمعي للمصابين بحالات العجز النفسي بنسبة 200%.

1. Whiteford H et al. (2000). The Australian mental health system .*International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (3-4): 403-417.

وإن توجيه ميزانية القطاع العام الخاصة بالصحة النفسية في بلدان كثيرة نحو الإبقاء على الرعاية المؤسسية يعني إتاحة موارد قليلة، أو عدم إتاحة أية موارد لتقديم الخدمات الأنجع في المستشفيات العامة وفي المجتمع. وتشير البيانات إلى أن 38% من البلدان لا توجد فيها خدمات مجتمعية المرتكز كما أن التغطية في البلدان التي تشجع الرعاية المجتمعية لا تزال أبعد ما تكون عن الكمال. وهناك تفاوتات كبيرة من إقليم لآخر وبين المناطق الريفية والمناطق الحضرية (الإطار 4-6).

وفي معظم البلدان، لا بد من تقييم احتياجات الصحة النفسية وإعادة تقييمها وإصلاحها من أجل تقديم أفضل ما هو متاح من علاج ورعاية. وهناك طرق لتحسين كيفية تنظيم الخدمات، حتى ولو كانت الموارد محدودة، وذلك للسماح لمن يحتاجون إلى تلك الخدمات الاستفادة التامة منها. وتتمثل الطريقة الأولى في نقل الرعاية بعيداً عن المصحات النفسية؛ والطريقة الثانية في تطوير الخدمات المجتمعية للصحة النفسية؛ أما الطريقة الثالثة فتتمثل في دمج خدمات الصحة النفسية في رعاية الصحة العامة. ومن الأمور الهامة أيضاً لإعادة تنظيم الخدمات، كما يُشار إليه أدناه، درجة التعاون بين خدمات الصحة النفسية وسائر الخدمات غير الصحية، وتوافر الأدوية الأساسية النفسية التأثير، وأساليب اختيار تدخلات الصحة النفسية، وأدوار القطاعين العام والخاص في وضع التدخلات موضع التنفيذ.

الإطار 4-6 خدمات الصحة النفسية: فقدان التوازن بين الأرياف والمدن

تقدم محافظة نوكوين في **الأرجنتين** خدمات الرعاية في مجال الصحة النفسية في المدن وفي المناطق الريفية النائية، غير أن كفة الموارد البشرية المؤهلة في هذا الميدان ترجح لفائدة المناطق الحضرية. ففي المدن، هناك عيادات الرعاية الأولية ووحدات للطب النفسي من المستوى الثاني في المستشفيات العامة ومراكز الصحة النفسية من المستوى الثالث، أما العاملون الصحيون الذين يقيمون في المجتمعات والممارسون الطبيون العامون الذين يقومون بزيارات مرة كل أسبوعين وعيادات الرعاية الصحية الأولية فيقدمون الخدمات للمجتمعات الريفية النائية.[1] وبالمثل، هناك برنامج للتأهيل المجتمعي المرتكز لخدمة المصابين بأمراض نفسية شديدة في العاصمة دون أن يكون له مقابل في المناطق الريفية داخل المقاطعة.[2] وفي **نيجيريا**، تملك المستشفيات الحضرية أعداداً أكبر من الموظفين الصحيين ومرافق دعم تعمل بفعالية أكثر بالمقارنة مع المستشفيات الحكومية في البلد.[3] وفي **كوستاريكا**، لايزال معظم العاملين في مجال الصحة النفسية متجمعين في المدن الصغرى والكبرى، في حين تعاني المناطق الريفية من قلة العاملين.[4] وفيما يتعلق **بالبلدان العربية**، تقتصر مرافق رعاية الصحة النفسية المجتمعية في أغلب الأحيان على المدن الكبرى،[5] ومع ذلك فإن **المملكة العربية السعودية** لها عيادات للطب النفسي داخل بعض المستشفيات العامة في المناطق الريفية.[6] وفي **الهند** أيضاً، ورغم التركيز على تطوير الخدمات الريفية، يقيم معظم أطباء الصحة النفسية في المناطق الحضرية.[7] وتقدم الخدمات المجتمعية في **الصين** على أساس نموذج حضري ودون حضري رغم أن أغلبية السكان يعيشون، أساساً، في الأرياف. وتتولى لجان الجوار والمصانع إدارة خدمات الرعاية المجتمعية في المدن.[8] وفي بلدان **الاتحاد السوفييتي السابق**، لا تزال خدمات الصحة النفسية تخضع للإدارة المركزية وهي منفصلة بشكل واضح عن باقي الخدمات على مستوى الخدمات المحلية والمركزية. وتتخذ القرارات في المركز، أي في المراكز الحضرية، بحيث تضطر المناطق الريفية النائية إلى تأمين خدمات هي من تصميم وتمويل الإدارة المركزية.[9] وفي **تركيا**، توجد الخدمات الخاصة والعمومية المتخصصة في مجال الصحة النفسية في المدن الصغرى والكبرى في حين يعتمد المرضى في المناطق الريفية وشبه الريفية على مراكز الرعاية الأولية للحصول على خدمات الرعاية النفسية المحلية.[10]

1. Collins PY et al. (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in. Neuquen, Argentina *International Journal of Mental health*, 28: 3-16.
2. Collins PY et al. (1999b) Using local resources in Patagonia: a model of community based rehabilitation. *International Journal of Mental health*, 28: 17-24.
3. Gureje O et al. (1995). Results from the Ibadan Centre. In : Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 157-173.
4. Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental health*, 28: 25-30.
5. Okasha A .Karam E (1998). Mental health services in the Arab world .*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 406-413.
6. Al-Subaie AS et al. (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia .*International Journal of Mental health*, 25: 59-68.
7. Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached .*The Lancet Perspective*, 356: 39.
8. Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill .*International Journal of Social Psychiatry*, 38: 163-178.
9. Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella G, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216-227.
10. Rezaki MS et al. (1995). Results from the Ankara centre. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 39-55.

الجدول 4-1 تأثيرات نقل وظائف المصحات النفسية التقليدية إلى الرعاية المجتمعية

وظائف المصحات النفسية التقليدية	تأثيرات النقل إلى الرعاية المجتمعية
التقييم والعلاج البدنيان	قد يكون من الأفضل نقلها إلى الرعاية الأولية أو خدمات الصحة العامة
العلاج الفعال لمدد إقامة قصيرة ومتوسطة	إبقاء العلاج كما هو أو تحسينه، ولكن قد تكون النتائج غير قابلة للتعميم
الاحتجاز الطويل الأمد	يتحسن عادة في دور الإقامة بالنسبة إلى من يحتاجون إلى مساندة كبيرة لأمد طويل
الحماية من الاستغلال	يظل بعض المرضى معرضين للاستغلال البدني والجنسي والمالي
خدمات الرعاية النهارية والعيادات الخارجية	قد تتحسن إذا استحدثت خدمات ميسرة ومحلية أو ربما تتدهور إذا لم يتم ذلك ؛ ويلزم غالباً التفاوض من جديد على المسؤوليات بين الوكالات الصحية ووكالات الرعاية الاجتماعية
الخدمات المهنية والوظيفية وخدمات التأهيل	تتحسن في الأطر العادية
المأوى والملبس والتغذية والدخل الأساسي	تكون في خطر، ولهذا يجب توضيح المسؤوليات والتنسيق
دور الأسر ومقدمي خدمات الرعاية	لا تتغير عادة: مكان العلاج في المنزل، ويعوض بإمكانات زيادة المساندة المهنية للأسر
البحث والتدريب	تنشأ فرص جديدة من خلال إلغاء المركزية

المصدر: Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital mental health care: the new agenda*. Geneva, World Health Organization (unpublished document).

نقل الرعاية بعيداً عن المصحات النفسية الكبيرة

يتمثل الهدف النهائي في توفير خدمات مجتمعية المرتكز للعلاج والرعاية. ويقتضي ذلك إغلاق مصحات العلاج النفسي (انظر الجدول 4-1) . وقد لا يكون من الواقعي القيام بذلك فوراً. وفي الحالة الحاضرة، أي حتى يتسنى إخراج كل المرضى من المصحات إلى المجتمع مع توفير الدعم المجتمعي الكافي لهم، لا بد من التقليل من حجم مصحات العلاج النفسي وتحسين ظروف عيش المرضى وتدريب العاملين وتحديد إجراءات لحماية المرضى من الإدخال إلى المصحات والعلاج قسراً ودون داع، وإنشاء أجهزة مستقلة لرصد واستعراض أحوال المستشفيات. وعلاوة على ذلك، لا بد من تحويل المستشفيات إلى مراكز للعلاج والتأهيل مما يقتضي مشاركة المرضى بهمة في هذا الصدد.

تطوير الخدمات المجتمعية في مجال الصحة النفسية

لا بد أن توفر الخدمات المجتمعية للصحة النفسية الرعاية والعلاج على المستوى المحلي بحيث يمكن أن يستفيد منهما المرضى وأقاربهم بشكل مباشر. وينبغي أن تكون الخدمات شاملة في توفيرها مجموعة من التسهيلات لتلبية احتياجات الناس في مجال الصحة النفسية، وكذلك احتياجات فئات خاصة، مثل الأطفال والمراهقين والنساء والمسنين. وينبغي أن تشمل الخدمات، في الأوضاع المثالية: التغذية، وتدبير الحالات الحادة في المستشفيات العامة، ورعاية المرضى الخارجيين، والمراكز المجتمعية وتقديم الخدمات في المناطق النائية والمأوي، واحترام الأسر والقائمين على الرعاية، ودعم التأهيل الوظيفي والمهني، وتوفير الضروريات الأساسية مثل المأوى، والملبس (انظر الجدول 4-1). وإذا ما جرى العمل على إلغاء المؤسسات التي تؤوي المرضى النفسيين فيجب، في موازاة ذلك، إيجاد الخدمات المجتمعية التي يجب أن تحافظ على جميع الوظائف الإيجابية للمصحات النفسية في المجتمع والتخلص من سلبياتها.

وفي مجال التمويل، ينبغي وضع ثلاث توصيات رئيسية في الاعتبار. أولاً، التوصية بتطوير الخدمات المجتمعية برصد الموارد التي يجري توفيرها نتيجة الإغلاق الجزئي للمستشفيات. وثانياً، التوصية باللجوء إلى التمويل الانتقالي لتمويل الاستثمار الأولي في خدمات جديدة ولتيسير التحول عن المصحات إلى المجتمع. ثالثاً، التوصية باستمرار التمويل المتوازي بغية مواصلة تمويل مستوى معين من الرعاية المؤسسية حتى بعد إنشاء الخدمات المجتمعية المرتكز.

وتواجه البلدان، في محاولاتها إنشاء نظم شاملة للرعاية الصحية النفسية، عدداً من الصعوبات بسبب شح الموارد المالية. وإذا كانت بعض البلدان تستطيع إعادة توجيه أو إعادة استثمار الأموال في مجالات الرعاية المرتكزة على المجتمع نتيجة لعمليات إلغاء المؤسسات الاستشفائية العقلية، فمن النادر أن يكون ذلك كافياً لوحده. وهناك بلدان يصعب فيها تحويل المخصصات. ففي جنوب أفريقيا، مثلاً، حيث تتداخل ميزانيات مختلف مستويات الرعاية الصحية الأولية والثانوية ومن المرتبة الثالثة يتعذر تحويل مخصصات الرعاية في المستشفيات إلى الرعاية الأولية أو المجتمعية على الرغم من اعتماد سياسة إلغاء المؤسسات. وحتى عندما يتيسر نقل المخصصات من ميزانية المستشفى فإنه لا يوجد ما يضمن أنها ستستخدم في برامج للصحة النفسية على مستوى المجتمع المحلي. ومن الواضح أن القيود المرتبطة بالميزانية لن تسمح على الأرجح للرعاية المجتمعية الشاملة أن تصبح خياراً مجدياً دون دعم من خدمات الرعاية الأولية والثانوية.

إدماج الرعاية الصحية النفسية في الخدمات الصحية العامة

لإدماج الرعاية الصحية النفسية في الخدمات الصحية العامة، لاسيما على مستوى الرعاية الصحية الأولية، مزايا عديدة منها أن معالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية حين

تتم مع غيرها من الاعتلالات الجسدية تقلل من الحرج الاجتماعي الذي يعاني منه وصم المرضى والعاملين، وأنها تؤدي إلى تحسين تحري الأمراض وعلاجها وعلى وجه الخصوص رفع معدلات اكتشاف الأمراض لدى المرضى الذين تظهر عليهم أعراض جسدية غامضة ذات صلة باضطرابات نفسية أو سلوكية، وأنها تعزز فرص معالجة المشكلات الجسدية التي يعاني منها المرضى النفسيون والعكس بالعكس، كما تتيح توفير معالجة أفضل للجوانب النفسية المرتبطة بالمشكلات الجسدية. أما بالنسبة للقائمين على الإدارة، فإن المزايا تشمل استخدام بنى أساسية واحدة مما يحقق وفورات نتيجة لتعزيز فعالية التكاليف وإمكانية توفير تغطية عامة للرعاية الصحية النفسية وإمكانية استخدام الموارد المجتمعية مما يعوض عن نقص العاملين المتخصصين.

وتتطلب عملية الإدماج إجراء تحليل دقيق لما هو ممكن أو غير ممكن لمعالجة ورعاية المشكلات النفسية على مختلف مستويات الرعاية. فاستراتيجيات التدخل المبكر، في حالات إدمان الكحول، هي أكثر فعالية عندما تطبق على مستوى الرعاية الأولية، أما حالات الذهان الحاد فيحسن معالجتها على مستوى أعلى يتيح الاستفادة من خبرات أوسع ومرافق تشخيص أدق وأدوية أكثر تخصصاً. وينبغي بعد ذلك إحالة المرضى إلى مستوى الرعاية الأولية لمتابعة العلاج، لاسيما وأن العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية هم الأقدر على توفير الدعم المستمر للمرضى ولذويهم.

وتتوقف طرق إدماج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية العامة، إلى حد كبير، على وظائف وأهمية مستويات الرعاية من المستويات الأول والثاني والثالث في النظم الصحية للبلدان المختلفة. ويلخص الإطار 4-7 تجارب إدماج الخدمات في كل من كمبوديا والهند وجمهورية إيران الإسلامية. ولابد لصانعي السياسات من مراعاة ما يلي إذا ما أريد لعمليات الدمج أن تتكلل بالنجاح.

- ينبغي أن يتوافر لدى موظفي الصحة العامة المعارف والمهارات والرغبة لمعالجة المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية.
- ينبغي أن يتوافر عدد كاف من العاملين ممن يمتلكون المعارف والصلاحيات اللازمة لوصف الأدوية النفسية التأثير على مستويي الرعاية الأولية والثانوية.
- ينبغي أن تتوافر الأدوية الأساسية النفسية التأثير على مستويي الرعاية الأولية والثانوية.
- ينبغي لأخصائيي الطب النفسي أن يدعموا العاملين في مجال الرعاية الصحية العامة وأن يراقبوا ما يقومون به.
- ينبغي إقامة روابط إحالة فعالة بين مستويات الرعاية من المراتب الأولى والثانية والثالثة.
- ينبغي إعادة توزيع المخصصات من مستوى الرعاية من المرتبة الثالثة إلى الثانية والأولى أو توفير مخصصات جديدة.
- ينبغي إنشاء نظم تسجيل تتيح رصد الأنشطة المتكاملة وتقييمها وتحديثها باستمرار.

الإطار 4-7 إدماج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية

يُعدُّ تنظيم الصحة النفسية في البلدان النامية حديثاً نسبياً. وقد دعمت منظمة الصحة العالمية حركة تقديم الرعاية النفسية في إطار خدمات الصحة العامة في البلدان النامية،[1] وأجرت دراسة جدوى لفترة سبع سنوات بشأن إدماج رعاية الصحة الأولية في البرازيل وكولومبيا ومصر والهند والفلبين والسنغال والسودان.

وقد استعمل هذا الأسلوب عدد من البلدان بهدف تنظيم خدمات الصحة النفسية الأساسية. وكان ذلك بمثابة بداية جديدة في الرعاية المقدمة للمصابين باضطرابات نفسية بالنسبة إلى البلدان النامية ذات الموارد المحدودة. وفي عام 1975، شرعت الهند في تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية واضعة بالتالي أساس برنامج الصحة النفسية الوطني الذي تمت بلورته في عام 1982. وتدعم الحكومة حالياً 25 برنامجاً على صعيد المناطق في 22 ولاية.[2] وعملت وزارة الصحة في كمبوديا على تدريب نواة من الموظفين على الصحة النفسية المجتمعية الذين درّبوا بدورهم موظفين مختارين في مجال الطب العام في مستشفيات المناطق.[3] وشرعت جمهورية إيران الإسلامية في أواخر الثمانينات في بذل جهود بهدف إدماج رعاية الصحة النفسية، وعملت منذ ذلك التاريخ على توسيع نطاق هذا البرنامج لتغطية البلد برمته، إذ تغطي الخدمات حالياً حوالي 20 مليون نسمة.[4] واعتمدت بلدان أخرى منها أفغانستان وماليزيا والمغرب ونيبال وباكستان[5] والمملكة العربية السعودية وجنوب أفريقيا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزمبابوي أساليب مماثلة. أما الدراسات التي أجريت لهدف تقييم أثر هذا الإدماج، فإنها غير كافية والحاجة ماسة إلى إجراء المزيد منها.

1. World Health Organization (1975). *Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health, December 1974*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 564).
2. Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.
3. Somasundaram DJ et al. (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48(8): 1029-1046.
4. Mohit A et al. (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5: 231-240.
5. Mubbashar MH (1999). Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M. Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.

وإذا كان واضحاً أن الصحة النفسية ينبغي أن تمول من الموارد ذاتها وبالأهداف ذاتها التي توزع بموجبها الأعباء المالية للرعاية الصحية عموماً، فإن تحديد أفضل السبل لتوجيه الأموال نحو علاج الاضطرابات النفسية السلوكية ليس بالوضوح نفسه. فبعد جمع الأموال واعتمادها، هناك مسألة تُطرح وتتمثل في مدى الصرامة التي ينبغي توخيها في فصل الصحة النفسية عن البنود الأخرى التي تمول من الميزانية ذاتها أو معرفة ما إذا كان من الأفضل تخصيص ميزانية كلية لمجموعة من المؤسسات أو الخدمات وترك الطلب والاعتبارات والعوامل المحلية تحدد نصيب الصحة النفسية منها (علماً بأن الإنفاق المباشر لا يخضع لاعتمادات وليس هناك من جهة توجهه سوى المستهلك ذاته). فالميزانيات المفصلة حسب البنود المحددة والتي تحدد الإنفاق مع كل مدخل في كل خدمة أو برنامج هي ميزانيات صارمة للغاية ولا تترك مجالاً للتقدير الاستنسابي من جانب القائمين على الإدارة، وهي بالتالي تكاد تكون دائماً عنواناً على عدم الفعالية إذ لا يمكن استخدامها بيسر للتعاقد مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص بل إنها حتى في المرافق العامة تؤدي إلى خلل في الموارد وتجعل من الصعب الاستجابة للتغيرات التي تطرأ مع العرض أو الاحتياجات.

وعلى الرغم من قلة القرائن المتاحة، فإنه يمكن القول بإمكانية تجنب هذه المشاكل إلى أدنى حد ممكن وذلك عن طريق تخصيص ميزانيات إجمالية إما لهيئات شراء قادرة على التعاقد من داخل المؤسسات والهيئات مع جهات خارجية أو لمرافق خاصة. ومن مزايا الميزانيات من هذا القبيل أنها تبسط الإجراءات وتشجع على اتخاذ قرارات من قبل عدة هيئات كما تشجع الابتكار بفضل المرونة المالية وتوفير الحوافز لمقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية للتعاون مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية النفسية ولتقديم خدمات الرعاية على مستوى الرعاية الأولية.

ومع ذلك، إذا كانت الميزنة (وضع الميزانية) غير معتمدة على الاستخدام النهائي وما لم توفر حماية محددة لخدمات مخصصة، فإن حصة الصحة النفسية من الاعتمادات قد تبقى ضئيلة بسبب تدني الأولوية التي تعطى للصحة النفسية والانطباع الزائف بأنها ليست هامة وهو ما يشكل خطراً حقيقياً عندما يكون الهدف المنشود إصلاح خدمات الصحة النفسية وتوسيعها بالنسبة إلى الخدمات التي تحظى بالاعتراف والتي تتلقى تمويلاً أفضل. لذلك، قد يكون من المستحسن، للحد من هذه المخاطر، رصد مبلغ معين للصحة النفسية يصعب استخدامه لأغراض أخرى ولكنه يسمح للقائمين على إدارة المرافق الصحية ببعض المرونة في تحديد الأولويات فيما يتعلق بالمشكلات والعلاجات. وقد يكون "تخصيص" موارد الصحة النفسية بشكل أولي على هذا النحو سبيلاً إلى حمايتها وضمان استقرارها بمرور الزمن. وقد يكون هذا التخصيص الأولي أمراً ضرورياً لبعض البلدان التي لا تملك سوى حد أدنى من الاستثمارات في خدمات الصحة النفسية، لأنه يسمح بالإشارة إلى درجة الأولوية المعطاة للصحة النفسية ولحفز برنامج ما، ولا ينطوي هذا بالضرورة على تراجع عن مفهوم المؤسسة التي توفر كل الخدمات، ولا يحول دون استفادة إدارات الصحة النفسية من أي أموال أخرى تتاح في مجال الصحة.

ضمان توافر الأدوية النفسية التأثير

توصي منظمة الصحة العالمية باستعمال عدد محدود من الأدوية الأساسية لعلاج الاضطرابات النفسية والسلوكية من بين الأدوية المدرجة على قائمتها الأساسية. إلا أن هذه الأدوية كثيراً ما لا تتوافر في البلدان النامية. وتفيد البيانات المستقاة من مشروع Atlas أن ربع البلدان لا توفر، على مستوى الرعاية الصحية الأولية، الأدوية التي توصف عادة لعلاج الذهان والكآبة والصرع.

ولا بد للحكومات أن تضمن تخصيص أموال كافية لشراء الأدوية النفسية التأثير الأساسية ولتوزيعها على مختلف مستويات الرعاية وفقاً للسياسة المعتمدة. وعندما تكون السياسة المعمول بها قائمة على رعاية المجتمع والدمج في خدمات الصحة العامة، فإن ما يتوجب عندئذ ليس مجرد إتاحة الأدوية الأساسية عند هذا المستوى، بل تخويل العاملين الصحيين سلطة صرف تلك الأدوية. ولكننا نجد، حتى عندما يعمل بنهج الرعاية الأولية لمعالجة الأمراض النفسية ، أن ربع البلدان لا تتوافر فيها الأدوية الأساسية الثلاثة لمعالجة

الصرع والكآبة والفصام على مستوى الرعاية الأولية. ويمكن شراء الأدوية بأسماء نوعية من منظمات لا تستهدف الربح، منها منظمة ECHO (معدات للمستشفيات الخيرية في الخارج) وشعبة الإمدادات التابعة لليونيسيف في كوبنهاغن التي تورّد أدوية ذات نوعية جيدة بأسعار زهيدة. وفضلاً عن هذا، فإن منظمة الصحة العالمية ومنظمة علوم الإدارة في خدمة الصحة (2001) تصدران دليلاً سنوياً استرشادياً بأسعار الأدوية الأساسية يدرج عناوين عدة موردين معروفين لمختلف الأدوية النفسية التأثير بأسعار سوق الجملة العالمية التي لا تستهدف الربح.

إقامة روابط بين القطاعات

كثير من الاضطرابات النفسية يتطلب حلولاً نفسية اجتماعية. لذلك، لابد من إقامة روابط بين خدمات الصحة النفسية ومختلف الهيئات المجتمعية العاملة على الصعيد المحلي بهدف حشد الدعم من خلال توفير المسكن اللائق وتقديم الإعانات المالية لذوي الدخول المحدودة والمنح عند الإصابة بالعجز وتوفير فرص العمل وغير ذلك من خدمات الدعم الاجتماعي لصالح المرضى من أجل تنفيذ استراتيجيتي الوقاية والتأهيل على نحو أكثر فعالية. والتعاون بين القطاعات على صعيد الرعاية الأولية كثيراً ما يكون جلياً في العديد من البلدان الفقيرة. وقد أفضى التعاون بين الجامعيين ومقدمي الخدمات العامة وممثلي المجتمعات المحلية على صعيد الرعاية الأولية في زمبابوي إلى إقامة برنامج مجتمعي ينسجم مع التقاليد المحلية ويرمي إلى اكتشاف النساء اللاتي يعانين من الكآبة وتقديم المشورة لهن ومعالجتهن. أما في جمهورية تنزانيا المتحدة، فقد أفضت الاستراتيجية المشتركة بين القطاعات إلى اعتماد برنامج زراعي مبتكر لتأهيل المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية وسلوكية (انظر الإطار 4-8).

اختيار استراتيجيات الصحة النفسية

يبدو أن الموارد اللازمة لتمويل الأنشطة والخدمات والمعالجات شحيحة على الدوام أياً كان الوضع الاقتصادي للبلد أو أنه لابد من الاختيار من بين عدد كبير من الخدمات وتشكيلة واسعة من استراتيجيات الوقاية والتعزيز سواء تعلق الأمر بالصحة النفسية أو بالصحة العامة. ولهذه الاختيارات بالطبع تأثيرات مختلفة على مختلف حالات الصحة النفسية ومختلف الفئات السكانية المعنية. ومن الأهمية بمكان، في كل الأحوال، أن ندرك أن الخيارات هي في نهاية المطاف خيارات بين الاستراتيجيات لا بين اضطرابات محددة.

ومازال ما نعرفه عن تكاليف التدخلات المختلفة ونتائجها محدوداً، لاسيما في البلدان الفقيرة. وعندما تتوافر أدلة ما ينبغي توخي الحذر في تطبيق الاستنتاجات المستقاة منها على أوضاع غير تلك التي نتجت عنها: فالتكاليف تتباين وكذلك النتائج حسب قدرة النظام الصحي على تنفيذ التدخل. وحتى لو كنا نعرف أكثر، فإنه لا توجد قاعدة بسيطة نقرر بموجبها ما هو التدخل الذي ينبغي أن نركز عليه، ناهيك عن المبالغ التي ينبغي إنفاقها

الإطار 4-8 الصلات فيما بين القطاعات لأغراض الصحة النفسية

القرى الزراعية للتأهيل في مجال الطب النفسي، في جمهورية تنزانيا المتحدة، هي ثمرة عمل مشترك بين القطاعات يقوم به كل من المجتمعات المحلية وقطاع الصحة النفسية وقطاع التطبيب التقليدي بهدف معالجة وتأهيل المصابين بأمراض نفسية حادة في المناطق الريفية.[1] ويعيش المرضى والأقارب داخل قرية تضم مزارعين وصيادين وحرفيين، ويحصل هؤلاء على العلاج على أيدي القائمين على الخدمات الطبية والمداوين التقليديين. ويشرف على الأنشطة العلاجية كل من ممرضات وممرضي الصحة النفسية ومساعديهم والحرفيين المحليين. ويتولى طبيب نفساني وعامل اجتماعي يملك مؤهلات طبية كل أسبوع تقديم المساعدة وتقديم استشارات طبية. ويتدخل المداوون التقليديون بطلب من المرضى والأقارب. وهناك أيضاً خطط ترمي إلى تعاون أكثر انتظاماً بين المداوين التقليديين والعاملين في قطاع الصحة النفسية، بما في ذلك عقد اجتماعات وحلقات دراسية دورية. ولقد شارك عدد من المداوين التقليديين في برامج تدريبية في مجال الصحة النفسية المجتمعية وأفادوا غيرهم من معارفهم ومهاراتهم في معالجة المرضى، وبإمكان هؤلاء لعب دور أكثر أهمية في التدبير العلاجي للاضطرابات الناجمة عن الكرب في المجتمع.

1. Kilonzo GP, Simmons N (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47: 419-428.

عليه. والإنفاق المباشر لا يخضع لمشيئة أحد إلاّ المستهلك والذين يدفعون من جيبهم الخاص مسبقاً للحصول على الرعاية الصحية النفسية هم قلة قليلة في كل البلدان باستثناء بعض منها.

واستخدام الأموال العامة من القرارات الحاسمة التي تواجه الحكومات. وإذا كانت المردودية تعتبر عاملاً هاماً في العديد من الظروف، فإنها ليست المعيار الهام الوحيد. فقرار التمويل من الأموال العامة ينبغي أن يراعي أيضاً ما إذا كان التدخل للصالح العام كلياً أو جزئياً، أي ما إذا كان يفرض تكاليف أو يعود بالنفع على أشخاص غير الذين يفيدون من الخدمة. وإذا كان السعي لتحقيق أعلى مستوى ممكن من الكفاءة عند تخصيص الموارد أمراً مطلوباً، فإنه لابد للحكومات أن تتخلى عن بعض الكفاءة مقابل إعادة تخصيص الموارد سعياً وراء تحقيق العدالة والإنصاف.

وإذا كان من الواجب، عموماً، تقييم خدمات الصحة النفسية وسائر الخدمات الصحية واتخاذ القرارات بشأن الإنفاق العام عليها استناداً إلى أسس واحدة، فإن هناك سمات محددة هامة تميز على الأقل بعض التدخلات المحتملة. إحدى هذه السمات هي الفوائد الكبرى التي يمكن أن تجنى من مكافحة بعض الأمراض النفسية. فعلى العكس من المنافع التي تنجم من مكافحة الأمراض السارية حيث تؤدي معالجة حالة ما إلى توقي حالة أخرى ويحول تمنيع معظم السكان المعرضين دون إصابة غير المحصنين، فإن المنافع التي تنجم عن الرعاية الصحية النفسية تأخذ أشكالاً لا تتصل بالصحة، منها انخفاض عدد الحوادث والإصابات في حالة إدمان الكحول أو تدني تكاليف بعض الخدمات الاجتماعية. ولا يمكن تلمّس هذه المنافع من خلال تحليل فعالية التكاليف بل لا بد لاكتناهها من تقدير المنافع الاجتماعية الكلية التي تعود بها المكاسب الصحية وغير الصحية.

وهناك فارق آخر قد يكون مهماً وهو ناجم عن الطابع المزمن لبعض الاضطرابات النفسية الذي يجعلها، شأنها شأن بعض الأمراض الجسدية المزمنة وعلى عكس الاحتياجات الطبية الحادة والتي لا يمكن التنبؤ بها، صعبة التغطية من خلال التأمين الخاص وبالتالي فإنها ملائمة جداً للتغطية بالتأمين العام المباشر (من خلال الضمان الاجتماعى) أو غير المباشر (من خلال فرض الضرائب العامة). وأخيراً، هناك أمراض كثيرة تؤدي إلى الفقر، إلاّ أن الاضطرابات النفسية الطويلة الأمد كثيراً ما ترتبط بانعدام القدرة على العمل وبالتالى بالفقر. لذلك ينبغي التشديد على محاربة الفقر في ميزانيات خدمات الصحة النفسية.

وعلى الرغم من صعوبة استخلاص معايير ذات أولوية من بين جميع المعايير ذات العلاقة بالموضوع، فإن أي دراسة عقلانية للقضايا التي أثيرت آنفاً ستسمح بتخصيص الموارد بطريقة أقل اعتباطية وروتينية. ولا بد من ذلك إذا ما أريد زيادة الحصة التي تحصل عليها الصحة النفسية من الموارد العامة زيادة كبيرة. وزيادة كل ما يمول اليوم بنسب متساوية لن يحقق، على الأرجح، الكفاءة ولا الإنصاف، بل إن تخفيض الموارد على أساس الاحتياجات هو أفضل وسيلة في توزيع الموارد مع أنها تفترض اتفاقاً مسبقاً على تعريف كلمة "احتياجات". فالاحتياجات ليست بحد ذاتها أولويات، لأن الاحتياجات لا تقابلها تدخلات في كل الأحيان فيما عدا أن ما يحتاجه الناس قد لا يناسب دائماً ما يريدونه أو يطلبونه. وإذا كانت هذه مشكلة، حتى في حالات الأمراض الصحية العامة التي يكون المريض فيها قادراً على التعبير عن طلباته، فما بالك بتعقيدها عندما يحد الاضطراب النفسي من هذه القدرة.

وكما سبق القول، فإن الأموال اللازمة للصحة النفسية يجب أن تخصص للخدمات وقد يتوقف ذلك على طريقة إدارة الأموال في إطار الميزانيات أو اتفاقات الشراء. ومن الأساليب المستخدمة في هذا الصدد إدراج بعض خدمات الصحة النفسية بوضوح والتي يتم اختيارها وفقاً للمعايير المذكورة آنفاً في مجموعة من التدخلات الأساسية أو الجوهرية التي يتعهد القطاع العام بتمويلها مع الإشارة أو عدم الإشارة في الميزانية إلى المبلغ المخصص لكل خدمة من الخدمات. ويمكن اعتماد النهج ذاته مبدئياً في تنظيم التأمين في القطاع الخاص باشتراط إدراج بعض خدمات الصحة النفسية ضمن المجموعة الأساسية التي تغطيها شهادات تأمين كل العملاء. وتطبيق هذه المجموعة في القطاع الخاص هو أصعب منه في القطاع العام، لأن شركات التأمين تحرص على انتقاء عملائها على أساس المخاطر (والعملاء المحتملون يحرصون على إخفاء مخاطرهم المعروفة والتأمين ضدها). ومع ذلك، فهناك عدد من البلدان – ومنها البرازيل وشيلي من مجموعة البلدان ذات الدخل المتوسط – التي تفرض على شركات التأمين الخاصة أن توفر نفس الخدمات التي تضمنها الأموال العامة. ونجاح هذا النهج في البلدان الأشد فقراً أمر غير مؤكد بسبب شدة انخفاض التغطية التي توفرها شركات التأمين الخاصة وضعف القدرة التنظيمية للحكومات. وليس بالأمر اليسير دائماً البت في المدى الذي يمكن فيه فرض الأولويات العمومية على الأفراد الذين يسددون ثمن الخدمات أو مقدمي تلك الخدمات من القطاع الخاص وقد يكون ذلك أصعب

فيما يتعلق بالأمراض النفسية منه بالنسبة إلى الأمراض البدنية. وتفيد المعلومات المستقاة من مشروع Atlas أن التأمين، كمصدر أولي لتمويل الرعاية الصحية النفسية، لا يتوافر إلاّ في نحو خُمس البلدان فقط.

شراء الخدمات أو توفيرها: دور القطاعين العام والخاص

يؤكد التحليل الذي سبق على الدور المالي للقطاع العام رغم أنه لا يمثل سوى جزء صغير من إجمالي الإنفاق على الصحة، والسبب في ذلك هو أنه يبدو من الأيسر إدخال الإصلاحات المطلوبة على الصحة النفسية في ذلك المستوى، ولأن بعض خصائص خدمات الصحة النفسية تتناسب إلى حد كبير مع التمويل العام. إلاّ أنه ليس هناك بالضرورة علاقة بين الأموال العامة وتوفير الخدمات العامة رغم أن العادة جرت على أن تنفق معظم الحكومات معظم أموالها المخصصة للصحة أو كلها على مؤسساتها المعنية بتوفير الخدمات. إلاّ أن الانقسام آخذ في التزايد في بعض البلدان بين دعاة شراء الخدمات ودعاة توفيرها لأسباب منها الأخذ باللامركزية ومنها أن إعطاء المرافق العامة حق القيام باستثمارات عامة دون سواها يقضي على أي منافسة قد تدفعها إلى تحقيق المزيد من الكفاءة أو التكيف بشكل أفضل مع احتياجات المرضى (WHO 2000c, Chapter 3).

وإذا كانت الفوائد المتوقعة من تعزيز التنافس والتنظيم كبديل عن توفير الخدمات للجمهور مباشرة فوائد واضحة، من الناحية النظرية، فإن القرائن على نجاحها قليلة جداً. فالبلدان النامية غالباً ما تفتقد الموارد والخبرات اللازمة لتنظيم ترتيبات تعاقدية بين المستهلكين للرعاية الصحية ومقدميها ولتنفيذ الخدمات المتفق عليها في العقود المبرمة عندما يعتبر مقدم الخدمات أنها ذات أولوية متدنية. وما لم تتوافر الرقابة على التنفيذ، فإن فرص الهدر، بل والاحتيال، ستتزايد. وإذا كان هذا هو حال العقود مع مقدمي الخدمات الصحية العامة، فإن إبرام عقود لتنفيذ خدمات في مجال الصحة النفسية على نحو فعال أمر أكثر صعوبة نظراً لشدة صعوبة قياس النتائج. وقد يكون من الضروري إعداد عقود تفصيلية منفصلة بشأن خدمات الصحة النفسية في البلدان التي لم تكن توفر فيها خدمات في مجال الصحة النفسية أو إن وفرت، فمن قبل وزارة الصحة مباشرة. لهذه الأسباب مجتمعة ينبغي معالجة مسألة فصل تمويل الخدمات عن توفيرها بحذر فيما يخص خدمات الصحة النفسية. ومع ذلك فهي جديرة بأن تدرس إذا ما كان هناك مقدمو خدمات غير حكوميين أو حكوميون محليون قادرين على تولي عملية تقديم الخدمات شريطة أن تكون هناك إمكانية لمراقبتهم. وهناك بلدان عديدة لا تقدم العيادات الخارجية في مرافق الصحة العامة فيها أي خدمات في مجال الصحة النفسية لأن التمويل يركز على رعاية المرضى في المستشفيات. لهذا، قد يكون فصل تمويل الخدمات عن توفيرها مفيداً جداً كوسيلة لتشجيع التحول المطلوب من المستشفيات النفسية العامة إلى الرعاية المجتمعية. وقد يكون من المستحيل أساساً تغيير أولوية الإنفاق من الخزانة العامة دون إشراك مقدمي خدمات غير حكوميين بسبب مقاومة العاملين للإصلاحات نظراً لافتقارهم للمهارات والخبرات المطلوبة.

وعندما يتم توفير الخدمات من القطاع الخاص وعلى نطاق واسع وبأموال خاصة دون تمويل من الموارد العامة أو تنظيم، تنشأ مشكلات تتطلب ممارسة التدخل والتوجيه. فقد لا تكون ترتيبات الإحالة ملائمة بين مقدمي خدمات الصحة النفسية غير المنظمة كالمداوين التقليديين من جهة وعيادات الصحة النفسية الخارجية في مستشفيات الرعاية الأولية ومستشفيات المناطق من جهة أخرى. وقد يستهلك الفقراء قدراً كبيراً من خدمات الرعاية الصحية النفسية المتدنية النوعية التي يعرضها مقدمو الرعاية الصحية النفسية في القطاع الخاص غير النظامي كبائعي الأدوية والمداوين التقليديين والمعالجين غير المؤهلين. ويؤدي عجز الدوائر الصحية الحكومية عن تنظيم خدمات العيادات الخارجية الخاصة إلى تعريض المستخدمين إلى الاستغلال المالي وإلى إجراءات معالجة غير مجدية لاعتلالات نفسية لا يعالجها النظام الصحي العام. ومن الإجراءات الممكنة لمعالجة هذه المشكلات التي لا تتطلب من الحكومات زيادة إنفاقها زيادة كبيرة أو الاضطلاع بكامل مسؤوليات تقديم الخدمات، إبرام عقود مع مقدمي خدمات من المرتبتين الأولى والثانية ووضع مبادئ توجيهية تنطبق على مختلف أنواع الخدمات الصحية النفسية وتكاليفها والإشهاد على مؤهلات مختلف مقدمي خدمات الرعاية الصحية النفسية الخارجية.

وعلى الحكومات أن تدرس أيضاً تنظيم فئات محددة من مقدمي الخدمات ضمن القطاع الصحي غير النظامي كفئة المداوين التقليديين الشعبيين مثلاً. ويمكن للتنظيم أن يشمل اشتراط التسجيل من أجل الممارسة حماية للمرضى من التدخلات الضارة ومنعاً للاحتيال والاستغلال المالي. وتحقق الصين وفييت نام وماليزيا حالياً تقدماً كبيراً في مجال دمج الطب الشعبي ضمن السياسة الصحية العامة (Bodekar 2001).

ويجمع نظام إدارة الرعاية، وهو نظام هام لتقديم الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، بين شراء خدمات الرعاية الصحية وتمويلها لمجموعات سكانية محددة. إلا أن ما يؤخذ على ذلك النظام هو أنه يركّز على الحد من التكاليف أكثر مما يركّز على جودة الخدمات وينقل عبء تكاليف الرعاية، بالنسبة لمن لا يستطيعون دفع تكاليف التأمين، من نظام الصحة العامة إلى المؤسسات الخيرية (Hoge et al. 1998; Gittelman 1998). ولم تفلح جهود نظام إدارة الرعاية حتى اليوم في مجال الاضطرابات النفسية والسلوكية، فيما عدا بعض الاستثناءات الملحوظة في توفير الاستجابة الملائمة للاحتياجات من المعالجة الطبية مع ما تستلزمه من استراتيجية طويلة الأجل للدعم الاجتماعي والتأهيل. وعلاوة على ذلك، فإن الخبرات والمهارات واتساع نطاق الخدمات التي يتطلبها نظام إدارة الرعاية أمور تتجاوز قدرات معظم البلدان النامية في الوقت الحاضر (Talbott 1999).

تنمية الموارد البشرية

يشكل نقص الأخصائيين والعاملين الصحيين الذين تتوافر لديهم المعارف والمهارات اللازمة لمعالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية في البلدان النامية عقبة كأداء في سبيل تقديم خدمات العلاج والرعاية.

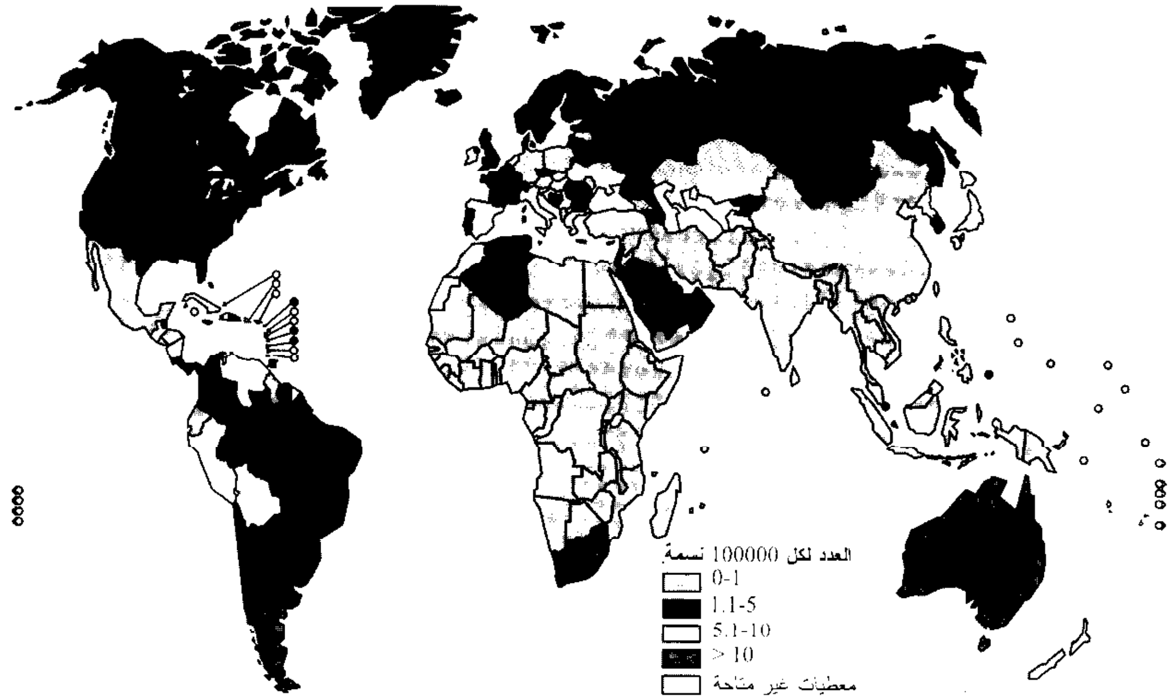
وإذا ما كانت هناك رغبة في تطوير النظم الصحية، فلا بد من بذل الوقت والجهد لتقييم أعداد وأنواع الأطباء والعاملين اللازمين للسنوات القادمة. وستختلف نسبة أخصائيي الصحة النفسية إلى العاملين في مجال الصحة العامة باختلاف الموارد المتاحة ونهج الرعاية القائمة. ومع دمج الرعاية الصحية النفسية ضمن نظام الصحة العامة سيزداد الطلب على أطباء عامين مدربين في مجال الصحة النفسية ويتراجع الطلب على الأخصائيين على الرغم من أن الحاجة ستبقى قائمة لنواة من أخصائيي الصحة النفسية يتولون علاج هذه الاضطرابات وتوفير الوقاية منها على نحو ناجع.

وثمة تباين كبير في أنواع وعدد القوة العاملة في مجال الصحة النفسية في مختلف أرجاء العالم. إذ يتراوح عدد الأطباء النفسيين في المتوسط بين 0.06 لكل 000 100 نسمة في البلدان ذات الدخل المنخفض وإلى 9 لكل 000 100 نسمة في البلدان ذات الدخل المرتفع (الشكل 4-4). أما ممرضات الطب النفسي فنسبتهن تتراوح بين 0.1 لكل 000 100 نسمة في البلدان ذات الدخل المنخفض و33.5 لكل 000 100 نسمة في البلدان ذات الدخل المرتفع (الشكل 4-5). وهناك أقل من أخصائي واحد في مجال الأمراض العصبية لكل مليون شخص في نصف العالم تقريباً. بل أن الوضع أسوأ من ذلك فيما يتعلق بمقدمي خدمات الرعاية للأطفال والمراهقين.

وتتألف قوة العمل المعنية بالصحة النفسية في الغالب من أطباء عامين وأخصائيين في أمراض الأعصاب والأمراض النفسية ومن عاملين متخصصين في صحة المجتمع وفي الرعاية الصحية الأولية ومن عاملين مساعدين في مجال المهن الصحية النفسية (كالممرضين والمعالجين المهنيين وعلماء النفس والمرشدين الاجتماعيين) إضافة إلى مجموعات أخرى منها رجال الدين والمداوين الشعبيين. والمداوون الشعبيون هم المصدر الرئيسي لمساعدة ما لا يقل عن 80% من السكان في البلدان النامية. فهم الذين يكتشفون الحالات ويسهلون إجراءات الإحالة ويسدون المشورة ويقومون بأنشطة المراقبة والرعاية اللاحقة. وسيتطلب اعتماد نظام متكامل يقوم على المجتمعات المحلية إعادة تعريف أدوار العديد من مقدمي الخدمات الصحية. فعامل الرعاية الصحية العامة قد يصبح الآن مسؤولاً أيضاً عن تحديد الاضطرابات النفسية السلوكية وإدارتها بما في ذلك القيام بعمليات التحري والتدخل المبكر في حالات إدمان التبغ أو الكحول أو المخدرات؛ والطبيب النفسي الذي كان في السابق يعمل في مؤسسة استشفائية قد يغدو مضطراً إلى الاضطلاع بقدر أكبر من التدريب والإشراف عندما ينتقل إلى العمل في مجتمع محلي.

ومن المحتمل أيضاً أن يؤثر تحول خدمات الصحة النفسية إلى اللامركزية على الأدوار والمسؤوليات عند نقل مسؤوليات التنظيم والإدارة إلى الصعيد المحلي. وينبغي أن يعاد تعريف الأدوار بشكل صريح كي يضطلع بالمسؤوليات الجديدة بسرعة. وينبغي أيضاً توفير التدريب لإعداد المهارات المطلوبة لأداء الأدوار والنهوض بالمسؤوليات. ولاشك أن تغير الأدوار سيدفع بقضايا السلطة والتحكم إلى المقدمة مما سيشكل عقبات في وجه التغيير.

الشكل 4-4 عدد الأطباء النفسيين لكل 000 100 نسمة ، 2000 [أ]



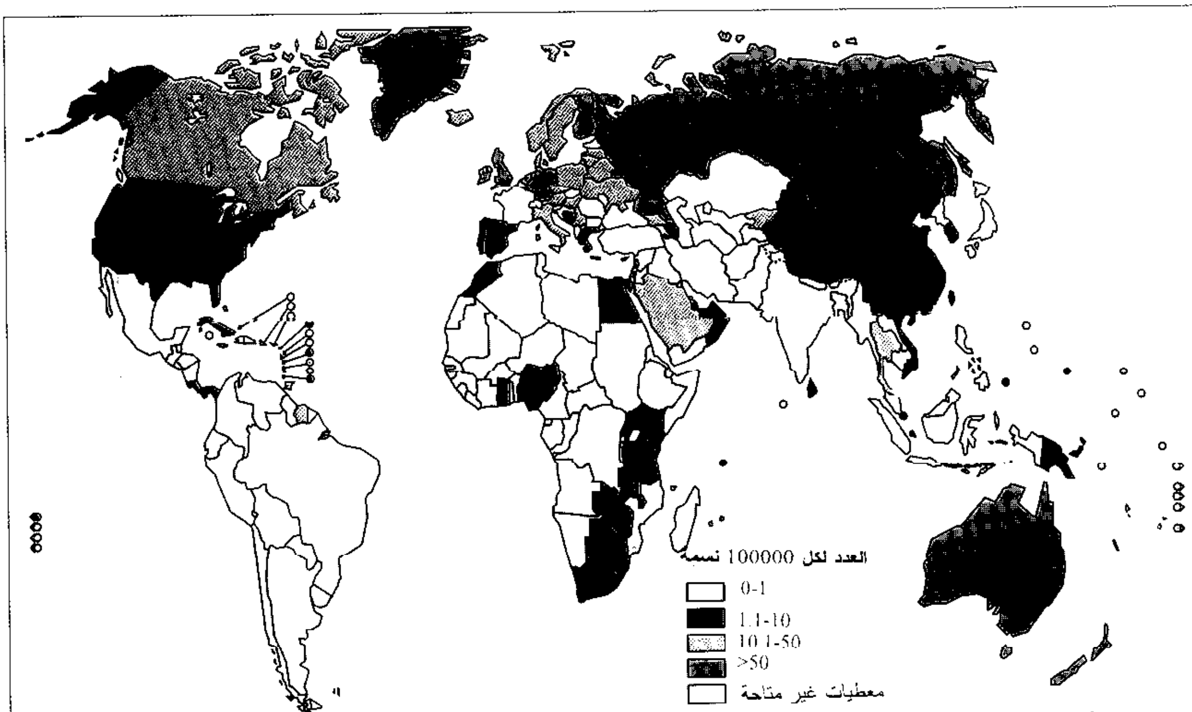
أ – استناداً إلى معلومات مستمدة من 177 دولة عضواً.

المصدر : *Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas* (2001). Geneva, World Health Organization.

فالأطباء النفسيون، مثلاً، سيقاومون ما يعتبرونه انتقاصاً من نفوذهم عندما يعطى عـــاملون صحيون آخرون أقل خبرة منهم صلاحية علاج الاضطرابات النفسية.

ولا بد، في البلدان المتقدمة أو البلدان النامية، من تحديث مناهج دراسة الطـب علـى مستوى الدرجة الجامعية الأولى بما يضمن تزويد المتخرجين بالمهارات اللازمة لتشـخيص الاضطرابات النفسية والسلوكية ومعالجة المصابين بـــها. ويحتـاج العـاملون الصحيـون المساعدون كالممرضين والمرشدين الاجتماعيين إلى تدريب لتحري الاضطرابات النفسـية والسلوكية والتعرف على مختلف خيارات المعالجة المتاحة مع التركيز على أشدّ المجـالات التصـاقاً بمجال عملهم ميدانياً. وينبغي أن تشمل كل المقـررات تطبيـق الاسـتراتيجيات النفسية ــ الاجتماعية القائمة على القرائن، وتنمية المهارات في مجـالي التنظيـم والإدارة، ووضـع السياسات واستنباط طرق البحث. ولا توجد في بعض البلـدان الناميـة مؤسسـات للتعليم العالي وعليه يتم تدريب الكوادر في البلدان الأخرى ولكن ذلك لم يؤد دائماً إلى نتائج مرضية. ذلك أن عدداً كبيراً من المتدربين الذين يرسلون إلى الخارج لا يعودون إلى بلادهم فتخسرهم بذلك مجتمعاتهم النامية. ولا بد من معالجة هذه المسألة على المدى الطويل مـن خلال إنشاء مراكز تدريب وتعلم متميز ضمن البلدان.

الشكل 4-5 عدد ممرضات الطب النفسي لكل 000 100 نسمة ، 2000



أ - استناداً إلى معلومات مستمدة من 157 دولة عضواً.

المصدر : *Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas* (2001). Geneva, World Health Organization.

ومن الأساليب الواعدة، استخدام شبكة الإنترنت للتدريب والإعلام السريع على يد أخصائيين بشأن مسائل التشخيص السريري والعلاج. ففي أفريقيا لم يكن عدد البلدان التي كانت تمتلك، قبل ثلاث سنوات، إمكانات النفاذ إلى شبكة الإنترنت يتجاوز 12 بلداً، أما اليوم فالشبكة متاحة في العواصم الأفريقية. وأصبح من الضروري أن يشمل التدريب استخدام تكنولوجيا المعلومات (Fraser et al. 2000).

تعزيز الصحة النفسية

الاستراتيجيات المتاحة لتعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية كثيرة، وهي قادرة على الحد من مشكلات أخرى منها جنوح الأحداث وإساءة معاملة الأطفال والانقطاع عن التعليم وضياع أيام العمل بسبب المرض.

وخير مدخل إلى النهوض بالصحة النفسية هو تحديد الاحتياجات والسياق الاجتماعي والثقافي. وكثيراً ما يختلف نطاق الأنشطة ومستوياتها سواء اضطلع بها على المستوى المحلي أو القطري ، وتختلف معها أيضاً أنواع الإجراءات الصحية العامة المتخذة (تطوير

الخدمات ووضع السياسات ونشر المعلومات والتبشير والدعوة وغيرها). وفيما يلي أمثلة على مختلف سبل التدخل.

التدخلات الهادفة إلى مكافحة العوامل المسببة للمرض أو التي تسمح باستمراره. يتوقف النمو النفسي والمعرفي للأطفال والرضع على تفاعلهم مع آبائهم. وبوسع البرامج التي تثري نوعية العلاقات التفاعلية هذه أن تعزز النمو العاطفي والاجتماعي والمعرفي والبدني للطفل. فالبرنامج الأمريكي "خطوات نحو أبوة ممتعة وفعالة"، على سبيل المثال، يتوجه إلى الأمهات الصغيرات وغيرهن ممن يواجهن مشكلات في رعاية أولادهن، لاسيما في الأسر ذات المستوى التعليمي المنخفض (Erickson 1989)، فهناك ما يدل على أن البرنامج حقق انخفاضاً في مستويات القلق والكآبة لدى الأمهات ونظم الحياة الأسرية وخلق أجواء حافزة ومشجعة للأطفال.

التدخلات الموجهة إلى فئات سكانية محددة. بحلول عام 2025، سيبلغ عدد من هم فوق الستين 1.2 مليار نسمة، ثلاثة أرباعهم في البلدان النامية. ولكن إذا ما أريد للتشيخ أن يكون تجربة إيجابية، فلابد من أن يترافق مع تحسين نوعية حياة من يبلغون سن الشيخوخة.

التدخلات الخاصة بظروف محددة. إن دور المدارس في إعداد الأطفال للحياة أمر في غاية الأهمية، إلا أن عليها أيضاً أن تهتم بتعزيز نموهم الصحي الاجتماعي والعاطفي. ومن شأن تعليم المهارات الحياتية، كحل المشكلات، والتفكير الناقد، والتواصل، والعلاقات مع الآخرين، والتعاطف معهم، والسيطرة على العواطف أن يضمن تمتع الأطفال والمراهقين بتمام الصحة والعافية النفسية (Mishara & Ystgaard 2000).

ومن شأن اتباع سياسة تحترم الطفل وتشجع على التسامح وتشدد على المساواة بين البنين والبنات وبين المجموعات العرقية والدينية والاجتماعية المختلفة أن يخلق بيئة نفسية – اجتماعية سليمة (WHO 1990). وتشجع سياسة من هذا القبيل على المشاركة النشطة والتعاون وتتجنب اللجوء إلى العقوبات الجسدية وترفض التحرش والمضايقات. وهي تسهم في إقامة علاقات بين المدرسة والأسرة وتشجع الإبداع والنجاح في الدراسة وتعزز احترام الذات والثقة بالنفس لدى الأطفال.

إذكاء الوعي لدى الجماهير

إن أكبر عقبة يتعين على المجتمعات المحلية تذليلها تتمثل في حاجز الوصم وما يرتبط به من تمييز ضد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وسلوكية.

وتتطلب مكافحة الوصم والتمييز اعتماد نهج متعدد المستويات يشمل تثقيف المهنيين والعاملين الصحيين، وإقفال مؤسسات الطب النفسي التي تكرس الوصم وتوطّده، وتوفير خدمات الصحة النفسية في المجتمعات المحلية، وتنفيذ تشريعات تضمن حماية حقوق المرضى النفسيين. ويتطلب التصدي للوصم أيضاً شن حملات إعلامية لتثقيف المجتمعات وتوعيتها بطبيعة الاضطرابات النفسية ومداها وآثارها بغية تبديد الأوهام الشائعة التي تنسج حولها وتشجيع الإيجابي من المواقف وأنماط السلوك.

دور وسائل الإعلام

يمكن الاستفادة من شتى وسائل الإعلام في تكوين مواقف وسلوكيات اجتماعية أكثر إيجابية تجاه المصابين باضطرابات نفسية. ويمكن في هذا الصدد اتخاذ إجراءات لمراقبة أو حذف أو وضع ما يتم تداوله في وسائل الإعلام من صور أو رسائل أو قصص إخبارية يحتمل أن تترتب عليها عواقب سلبية بالنسبة إلى من يعانون من اضطرابات نفسية وسلوكية. ويمكن أيضاً استخدام وسائل الإعلام في تزويد الناس بالمعلومات أو إقناعهم بتغيير مواقفهم وسلوكهم وحثهم على ذلك، والدعوة إلى إحداث تغيير في العوامل الاجتماعية والهيكلية والاقتصادية التي تؤثر في الاضطرابات النفسية والسلوكية. فالإعلانات، على الرغم من تكلفتها، مفيدة لإذكاء الوعي بالقضايا والظواهر وإزالة الالتباس. والدعاية وسيلة زهيدة التكلفة نسبياً لإيجاد أخبار تسترعي انتباه الناس وتحدد معالم القضايا والإجراءات اللازمة لتحقيق التبشير . ويعد إدراج الصحة التربوية أو الرسائل الاجتماعية في وسائل الإعلام الترفيهية أمراً مفيداً للترويج لتغيير المواقف والاعتقادات والسلوكيات.

ومن الأمثلة على الحملات الإعلامية التي استخدمت وسائل الإعلام من أجل التغلب على الوصم حملة تغيير الأفكار لكل أسرة دورها "Changing minds - every family in the land"، التي أطلقتها الكلية الملكية للأطباء النفسيين في المملكة المتحدة؛ وحملة الرابطة العالمية للأطباء النفسيين المسماة "افتحوا الأبواب" (انظر الإطار 4-9).

وتعد شبكة الإنترنت وسيلة قوية للاتصال والنفاذ إلى المعلومات الخاصة بالصحة النفسية. وقد بدأ استخدامها يتزايد كوسيلة لإعلام وتثقيف المرضى والطلبة والمهنيين الصحيين ومجموعات المستهلكين والمنظمات غير الحكومية وعامة الناس فيما يتعلق بالصحة النفسية، واستضافة مجموعات المساعدة الذاتية ومجموعات النقاش، وتقديم خدمات الرعاية السريرية. ومع وجود الإنترنت كمصدر للمعلومات سيصبح المجتمع المحلي أوسع إطلاعاً، ومن ثم ستزداد تطلعاته فيما يخص ما يتلقاه من مقدمي الخدمات من رعاية وعلاج. وفي الجانب السلبي سيتعين على الناس تحليل وفهم قدر كبير من الكتابات المعقدة بدرجات متفاوتة من الدقة (Griffiths & Christensen 2000). وسيتوقع مستخدمو الإنترنت، على نحو متزايد، تيسر سبل الحصول على ما يقدمه الأطباء من علاج واستشارة، بمن في ذلك مقدمو خدمات رعاية الصحة النفسية، والتي تتراوح بين الاستفسارات وبين الاستشارات الفيديوية الأكثر تعقيداً أو الطب البعادي.

وتتمثل التحديات الرئيسية في هذا الصدد في استخدام تكنولوجيا المعلومات دعماً للصحة النفسية في البلدان النامية. ويتطلب ذلك تحسين سبل التواصل مع الإنترنت (يقل عدد من يصلون إلى الإنترنت في أفريقيا عن مليون شخص من إجمالي سكان القارة البالغ عددهم 700 مليون نسمة) وتوافر المعلومات الخاصة بالصحة النفسية بمختلف اللغات.

الإطار 4-9 رفض الوصم

كان برنامج "افتحوا الأبواب" (Open the doors) أول برنامج عالمي يكافح الوصم والتمييز الاجتماعي المرتبط بالفُصام. وهو برنامج أطلقته الرابطة العالمية للطب النفسي في عام 1999. [1,2] وهو يرمي إلى إذكاء الوعي وإثراء المعارف فيما يتعلق بطبيعة الفُصام وخيارات معالجته، وتغيير آراء الناس إزاء الأشخاص الذين يعلنون أو سبق وأن عانوا من الفصام وإزاء أسرهم، والعمل من أجل التخلص من الوصم والتمييز والأحكام المسبقة.

وقد أصدرت الرابطة دليلاً منهجياً يساعد على وضع برنامج لمكافحة الوصم وإعداد تقارير حول تجارب البلدان التي أنشأت مثل هذا البرنامج، بالإضافة إلى تحصيل المعلومات من جميع أرجاء العالم حول الجهود المبذولة لمكافحة الوصم. وأتيحت المواد للاستعمال في النمسا وكندا والصين ومصر وألمانيا واليونان والهند وإيطاليا وأسبانيا، في حين بدأت مواقع أخرى في العمل على البرنامج أيضاً. وأنشئ، في كل موقع من هذه المواقع، فريق يعنى بالبرنامج يضمّ ممثلي المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية والصحفيين وأخصائيي الرعاية الصحية وعدداً من المنظمات التي تمثل المصابين وأسرهم وكل الملتزمين بمقاومة الوصم والتمييز الاجتماعي. وتضاف النتائج التي يخلص إليها في مختلف البلدان إلى قاعدة البيانات العالمية للإفادة في المستقبل من التجارب السابقة. وأصدرت الرابطة أيضاً خلاصة شاملة لأحدث المعلومات المتاحة حول تشخيص الفصام ومعالجته والاستراتيجيات الرامية إلى إعادة إدماج المصابين في المجتمع.

وتؤدي الأفكار المسبقة المرتبطة بالفُصام إلى نشوء حلقة مفرغة من الإقصاء والتمييز – ويؤدي ذلك بدوره إلى العزلة عن المجتمع أو الفشل في العمل أو إدمان الكحول أو المخدرات أو التشرد أو على العكس من ذلك إلى اللجوء بإفراط إلى احتجاز هؤلاء الناس في مؤسسات استشفائية – مما يقلل فرص الشفاء والعيش عيشة عادية. وسيمكّن برنامج "افتحوا الأبواب" المرضى المصابين بالفصام من العودة إلى أسرهم وإلى المدرسة أو العمل وإلى التطلع بأمل إلى المستقبل.

1. Sartorius N (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, 170: 297.
2. Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *The Lancet*, 352(9133): 1058-1059.

استخدام الموارد المجتمعية في الحث على التغيير

على الرغم من أن المجتمع هو مصدر الوصم والتمييز فلا ينبغي أن نغفل أنه يمكن أيضاً أن يكون مصدراً وإطاراً هاماً لمكافحة أسبابهما وآثارهما، وبوجه أعم، لتحسين خدمات العلاج والرعاية المقدمة إلى من يعانون من اضطرابات نفسية وسلوكية.

وللدور الذي يقوم به المجتمع المحلي عدة جوانب منها تقديم المساعدة الذاتية وتشجيع التعاون من أجل ممارسة الضغط لإحداث تغييرات فيما يتعلق برعاية الصحة النفسية ومواردها، بتنفيذ أنشطة تثقيفية والمشاركة في رصد وتقييم الرعاية والدعوة إلى تغيير المواقف والحد من الوصم.

وتعد المنظمات غير الحكومية مورداً هاماً من موارد المجتمع المحلي فيما يتعلق بالصحة النفسية. كما أنها تكون غالباً أكثر حساسية للحقائق المحلية من البرامج المركزية، وتكون أشد التزاماً بالابتكار والتغيير. وتقدم المنظمات الدولية غير الحكومية المساعدة في مجال تبادل الخبرات والوظائف باعتبارها جماعات ضغط، بينما تكون المنظمات غير الحكومية في البلدان مسؤولة عن كثير من البرامج والحلول الابتكارية على المستوى

الإطار 4-10 مبادرة جنيف

تأسست مبادرة جنيف بشأن الطب النفسي في عام 1980 بهدف مكافحة استغلال الطب النفسي كأداة للقمع. ويقع مقر هذه المبادرة الدولية في هولندا، خلافاً لما يوحي به اسمها.

وفي أوائل عام 1983، انسحبت جمعية اتحاد أخصائيي الطب النفسي والباثولوجيا العصبية التابعة للاتحاد السوفييتي سابقاً من الرابطة العالمية للطب النفسي بعد حملات ضغط مارستها ضدها مبادرة جنيف. وفي عام 1989، فرض مؤتمر هذه الرابطة شروطاً صارمة على عودة هذا الاتحاد. وأقر الاتحاد الروسي بأن الطب النفسي قد استغل استغلالاً سيئاً لأغراض سياسية ودعا الرابطة إلى إرسال فريق من المراقبين إلى روسيا. وفي الوقت ذاته اتصل عدد متزايد من الأطباء النفسيين بمبادرة جنيف طالبين المساعدة في إصلاح خدمات رعاية الصحة النفسية. وكانت الحالة عندئذ في تغيّر كبير: إذ أفرج في السنتين السابقتين عن جل المعتقلين السياسيين المحبوسين في السجون والمخيمات والمنافي والمصحات العقلية.

وركزت المبادرة بين عامي 1989 و1993 على بضعة بلدان في أوروبا الشرقية، ولاسيما رومانيا وأوكرانيا. واتضح أنه لا بد من اتباع أسلوب جديد في حركة إصلاح خدمات الصحة النفسية. ومع أن العديد من الإصلاحات أنجزت في المنطقة وأن العديد من الناس اكتسبوا خبرات ومعارف جديدة، فليس هناك أي اتصالات بين القائمين بعمليات الإصلاح، فضلاً عن انعدام الثقة والتآزر. وبدعم مالي من مؤسسة سوروس، نظم الاجتماع الأول لقادة الإصلاح في مجال الطب النفسي في براتيسلافا (سلوفاكيا) في أيلول/ سبتمبر 1993. ونظم منذ ذلك الحين ما يزيد على عشرين اجتماعاً مماثلاً لشبكة قادة الإصلاح.

وتضم شبكة الإصلاحيين اليوم حوالي 500 من قادة الإصلاح في مجال الطب النفسي من 29 بلداً من بلدان أوروبا الوسطى والشرقية والدول المستقلة حديثاً، وهي على اتصال بما يزيد على 100 منظمة غير حكومية تعنى بالصحة النفسية. وأعضاء هذه الشبكة هم من الأطباء النفسيين وعلماء النفس وممرضات الطب النفسي والعاملين الاجتماعيين وعلماء الاجتماع والمحامين وأقارب المصابين باضطرابات نفسية وعدد متزايد من المستفيدين من خدمات الصحة النفسية. وتعمل مبادرة جنيف، من خلال هذه الشبكة غالباً، في ما يزيد على 20 بلداً حيث تدير حوالي 150 مشروعاً.

وتسعى مبادرة جنيف إلى إدخال تحسينات بنيوية، وتركز بالتالي على البرامج الرامية إلى إصلاح السياسات المتبعة وخدمات الرعاية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية والتعليم. وهي تعمل من أجل مقاومة الجمود وضمان الاستقرار والتمويل المنتظم. وحصلت المبادرة السنة الماضية على جائزة جنيف لحقوق الإنسان في مجال الطب النفسي.

ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات عن المبادرة بزيارة موقعها على شبكة الإنترنت http://www.geneva-initiative.org/geneva/index.htm

المحلي. وهي تضطلع، في أحيان كثيرة، بدور بالغ الأهمية للغاية عند عدم وجود نظام رسمي أو جيد الأداء للصحة النفسية، حيث أنها تضيق الفجوة بين احتياجات المجتمع المحلي والخدمات والاستراتيجيات المتاحة له (انظر الإطار 4-10).

وقد نشأت مجموعات المستهلكين كقوة مؤثرة ونشيطة ومطالبة بحقوقها وهي كثيراً ما تكون غير راضية عن الخدمات التي تقدم في مجال الرعاية والعلاج. ولعبت هذه المجموعات دوراً هاماً في إصلاح نظم الصحة النفسية (WHO 1989). وهناك الآن في كثير من أنحاء العالم عدد كبير من جمعيات حماية المستهلكين لها مصالح والتزامات ومشاركات في مجال الصحة النفسية وهي تضم تجمعات غير منظمة ومنظمات أخرى قائمة بذاتها ولها دساتير ونظم أساسية. وعلى الرغم من تفاوت أهدافها وغاياتها، فإنها جميعاً تدافع بقوة عن وجهة نظر المستهلكين.

والسلطات المسؤولة عن تقديم الخدمات والعلاج والرعاية ينبغي أن تخضع للمُحاسَبة أمام المستهلكين في إطار النظام. ومن الخطوات الهامة نحو تحقيق المساءلة إشراك المستهلكين في إنشاء الخدمات واستعراض معايير المستشفيات وفي وضع وتنفيذ السياسات والتشريعات.

وفي كثير من البلدان النامية، تلعب الأسر دوراً هاماً في رعاية المرضى النفسيين، وتعد الأسر، بطرق عديدة، المسؤول الرئيسي عن تقديم خدمات الرعاية. ومع الإغلاق التدريجي للمصحات النفسية في البلدان التي لديها نظم رعاية متقدمة تنتقل المسؤوليات أيضاً إلى الأسر. ويمكن أن يكون للأسر أثر إيجابي أو سلبي حسب فهمها ومعارفها ومهاراتها وقدرتها على رعاية المصابين باضطرابات نفسية. ولهذه الأسباب، تتمثل إحدى الاستراتيجيات المجتمعية المرتكز الهامة في مساعدة الأسر على فهم المرض، وتشجيع التقيد بالعلاج، والاعتراف بأعراض النكاس المبكرة، وضمان حل الأزمات على وجه السرعة. مما يؤدي إلى تحسين احتمالات الشفاء والحد من العجز الاجتماعي والشخصي. ويمكن أن يكون لزيارة ممرضات المجتمع المحلي وسائر الأخصائيين الصحيين دور داعم ومهم، شأنها شأن شبكات مجموعات المساعدة الذاتية للأسر والدعم المالي المباشر.

ويتسع المجال هنا لملاحظتين احترازيتين. أولاهما أن تقلص حجم الأسر الموسعة في البلدان النامية، إلى جانب النزوح إلى المدن، يشكل تحدياً يواجه المخططين من أجل الاستفادة من هذا المصدر الخاص برعاية المرضى. وثانيتهما، أنه عندما تكون البيئة الأسرية غير مواتية لتقديم خدمات رعاية ودعم جيدة، وتكون الأسر مدمرة في الواقع، قد لا يكون الحل القائم على الأسرة خياراً صالحاً.

إشراك القطاعات الأخرى

إن الحروب والنزاعات والكوارث والتوسع الحضري العشوائي والفقر من المحددات الهامة للأمراض النفسية وهي تشكل أيضاً عقبات كأداء تحول دون تضييق الفجوة في العلاج. فالحروب والنزاعات، على سبيل المثال، يمكن أن تدمر الاقتصادات الوطنية ونظم الصحة والخدمات، ويمكن أن تلحق الأذى بجميع الفئات السكانية. وكثيراً ما يؤدي الفقر إلى إيجاد حاجة متزايدة إلى الخدمات الصحية والمجتمعية ولكنه أيضاً يفرض قيوداً على الميزانية المخصصة لتقديم خدمات شاملة في مجال الصحة النفسية على المستوى الوطني، ويقلل من قدرة الفرد على الدفع مقابل الحصول على هذه الخدمات.

ويمكن لسياسات الصحة النفسية أن تعالج، إلى حد ما، آثار المحددات البيئية عن طريق تلبية الاحتياجات الخاصة التي تلزم الفئات السريعة التأثر والسهلة التعرض للمخاطر، وضمان وضع استراتيجيات للحيلولة دون تهميشها. ولكن نظراً لأن كثيراً من المحددات

الكلية للصحة النفسية يشمل جل الإدارات الحكومية فإن مدى تحسن صحة فئة سكانية ما من الناحية النفسية يتحدد أيضاً، إلى حد ما بالسياسات التي تنتهجها سائر الإدارات الحكومية. وبعبارة أخرى، تكون الإدارات الحكومية الأخرى مسؤولة عن بعض العوامل المعنية في الاضطرابات النفسية والسلوكية، وينبغي أن تضطلع بالمسؤولية عن بعض الحلول.

ويعد التعاون فيما بين القطاعات، والذي يجمع الإدارات الحكومية، أمراً أساسياً لكي تستفيد سياسات الصحة النفسية من التيار الرئيسي السائد في البرامج الحكومية (انظر الجدول 4-2). وبالإضافة إلى ذلك، يتطلب الأمر إسهامات خاصة بالصحة النفسية من أجل ضمان مساهمة كل الأنشطة والسياسات الحكومية في الصحة النفسية وعدم نيلها منها. وينبغي تحليل السياسات لتحري تأثيراتها فيما يتعلق بالصحة النفسية قبل تنفيذها، وينبغي أن تعالج جميع السياسات الحكومية الاحتياجات والقضايا المحددة الخاصة بمن يعانون من اضطرابات نفسية. وترد أدناه بعض الأمثلة على ذلك.

العمالة والتوظيف

ينبغي أن تكون بيئة العمل خالية من جميع أشكال التمييز والاستغلال الجنسي. ويتعين تحديد ظروف العمل المقبولة وخدمات الصحة النفسية المقدمة، إما بصورة مباشرة أو بصورة غير مباشرة من خلال برامج مساعدة الموظفين. وينبغي أن تعمل السياسات على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل للسكان ككل، وتبقي على الناس في القوة العاملة، ولاسيما بسبب الصلة بين البطالة وتزايد خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية والإقدام على الانتحار. وينبغي استخدام العمل كآلية لإعادة دمج المصابين باضطرابات نفسية في المجتمع. ويزداد معدل البطالة بين المصابين باضطرابات نفسية شديدة عنه بين المصابين بالعجز البدني. ويمكن أن تكون السياسات الحكومية مفيدة في توفير حوافز لأرباب العمل من أجل توظيف أشخاص مصابين باضطرابات نفسية، ووضع وتنفيذ سياسات مضادة للتمييز. وفي بعض البلدان، يُلزم أرباب العمل بتخصيص نسبة مئوية معينة من القوى العاملة لديهم للمصابين بعاهات. وإذا لم يلتزموا بذلك، تفرض عليهم غرامات.

التجارة والاقتصاد

قد تؤثر بعض السياسات الاقتصادية تأثيراً ضاراً على الفقراء، أو تؤدي إلى ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية والانتحار . ويمثل التخفيف من وطأة الفقر هدفاً رئيسياً لكثير من الإصلاحات الاقتصادية الجارية في البلدان. ونظراً للصلة بين الفقر والصحة النفسية يمكن توقع أن تؤدي هذه الإصلاحات إلى الحد من المشاكل النفسية. بيد أن الاضطرابات النفسية لا تتعلق فحسب بمستويات الفقر المطلق بل تتعلق أيضاً بالفقر النسبي. ومقتضيات الصحة النفسية واضحة وهي تتمثل فيما يلي: وجوب الحد من حالات عدم المساواة في إطار استراتيجيات زيادة مستويات الدخل المطلقة.

الجدول 4-2 التعاون بين القطاعات في مجال الصحة النفسية

القطاع الحكومي	فرص تحسين الصحة النفسية
العمالة والتوظيف	• تهيئة بيئة عمل ملائمة خالية من التمييز وذات ظروف عمل مقبولة وبرامج لمساعدة الموظفين • إدماج المصابين بأمراض نفسية شديدة في القوى العاملة • انتهاج سياسات تشجع ارتفاع مستويات التوظيف، والإبقاء على الناس ضمن القوى العاملة ومساعدة العاطلين عن العمل
التجارة	• انتهاج سياسات اقتصادية تخفف من وطأة الفقر النسبي والفقر المطلق على السواء • تحليل وتصحيح أي أثر سلبي قد يطرأ على معدلات التوظيف نتيجة الإصلاح الاقتصادي
التعليم	• تنفيذ سياسات رامية إلى الحيلولة دون الانقطاع عن التعليم قبل إتمام مرحلة التعليم الثانوي • الأخذ بسياسات لمكافحة التمييز في المدارس • إدراج المهارات الحياتية في المناهج الدراسية لضمان ملاءمة المدارس للأطفال • تلبية متطلبات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مثل من يعانون من العجز في التعلم
الإسكان	• إعطاء الأولوية لإسكان المصابين باضطرابات نفسية • إنشاء مرافق سكنية (مثل دور النقاهة) • منع التمييز في مواقع السكن • الحيلولة دون العزل الجغرافي
خدمات الرعاية الاجتماعية	• بحث وجود الأمراض النفسية ومدى شدتها كعاملين لهما الأولوية فيما يتعلق بالحصول على مكاسب الرعاية الاجتماعية • إتاحة المكاسب لأفراد الأسر عندما يتولون تقديم خدمات الرعاية بشكل رئيسي • تدريب العاملين في خدمات الرعاية الاجتماعية
نظام القضاء الجنائي	• الحيلولة دون حبس المصابين باضطرابات نفسية دون داع • إتاحة العلاج من الاضطرابات النفسية والسلوكية في السجون • الحد من العواقب المترتبة على الحبس في الصحة النفسية • تدريب العاملين على جميع جوانب نظام القانون الجنائي

وثمة تحد ثان يتمثل في العواقب الضارة التي قد تترتب على الإصلاح الاقتصادي في معدلات البطالة. ففي كثير من البلدان التي تجري عملية إصلاح اقتصادي كبير، مثل هنغاريا (Kopp et al. 2000) وتايلاند (Tangchararoensathien et al. 2000)، تفضي عملية الإصلاح إلى ارتفاع معدل البطالة وما يرتبط به من ارتفاع في معدلات الإصابة

بالاضطرابات النفسية والانتحار. ويجب تقييم أية سياسة اقتصادية تنطوي على الإصلاح من حيث أثرها المحتمل على معدلات البطالة. وإذا ما كانت هناك عواقب ضارة محتملة لابد عندئذ من إعادة النظر في تلك السياسات أو وضع استراتيجيات لتقليل هذا الأثر إلى أدنى حد.

التعليم

يعد التعليم محدداً هاماً من محددات الصحة النفسية. وفي حين تركز الجهود الحالية على زيادة أعداد الأطفال الذين يلتحقون بالمدارس الابتدائية ويكملون تعليمهم فيها فإن الخطر الرئيسي على الصحة النفسية قد يأتي نتيجة لعدم الحصول على التعليم الثانوي (بالنسبة إلى فترة الدراسة الكاملة التي تتراوح بين عشر سنوات واثنتي عشرة سنة) (Patel 2001). وعليه لا بد أن تعمل استراتيجيات التعليم على الحيلولة دون التسرب من التعليم قبل إتمام المرحلة الثانوية. ولابد أيضاً من النظر في مدى ملاءمة نوع التعليم المقدم وضمان عدم التمييز في المدارس وتوفير الاحتياجات لبعض الفئات الخاصة، مثل الأطفال الذين يعانون عجزاً في التعلم.

الإسكان

يمكن أن تدعم سياسات الإسكان سياسات الصحة النفسية عن طريق إعطاء الأولوية للمرضى النفسيين في مشاريع الإسكان الحكومية، وتوفير مشاريع إسكان مدعوم، وتمكين السلطات المحلية، قدر الاستطاعة، من إنشاء مجموعة من المرافق السكنية مثل دور النقاهة والمساكن المدعومة للإقامة الطويلة. وأهم من ذلك في هذا الصدد ، أنه يجب أن تشمل قوانين الإسكان أحكاماً تمنع العزل الجغرافي للمرضى النفسيين. ويتطلب ذلك أحكاماً محددة تمنع التمييز في تحديد المواقع وتخصيص المساكن والمرافق الصحية الخاصة بالمصابين باضطرابات نفسية.

خدمات الرعاية الاجتماعية الأخرى

يتفاوت نوع خدمات الرعاية الاجتماعية ومستواها ومداها من بلد لآخر ومن منطقة لأخرى داخل البلد الواحد، وهي تعتمد، إلى حد ما، على مستويات الدخل والموقف العام للمجتمع المحلي تجاه الفئات التي تحتاج إلى هذه الخدمات.

وينبغي أن تتضمن السياسات الخاصة بمكاسب وخدمات الرعاية الاجتماعية عدداً من الاستراتيجيات. أولاً، ينبغي أن يكون العجز الناجم عن المرض النفسي أحد العوامل التي تؤخذ في الحسبان عند تحديد الأولويات فيما بين الفئات التي تحصل على ميزات وخدمات الرعاية الاجتماعية. ثانياً، ينبغي أيضاً، في بعض الظروف، إتاحة ميزات الرعاية الاجتماعية للأسر التي تقدم الرعاية والدعم لأفرادها الذين يعانون من اضطرابات نفسية وسلوكية. ثالثاً ، لا بد من تزويد العاملين في مختلف الخدمات الاجتماعية بالمعارف

والمهارات اللازمة للتعرف على المصابين باضطرابات نفسية ومساعدتهم في إطار عملهم اليومي. وينبغي، على وجه الخصوص، أن يستطيعوا تقييم متى وكيف تحال المشاكل الحادة إلى الخدمات التخصصية. رابعاً، لابد من حشد ميزات وخدمات الرعاية الاجتماعية من أجل الفئات التي يحتمل أن تتأثر تأثراً ضاراً بتنفيذ السياسات الاقتصادية.

النظام القضائي

يخضع المصابون باضطرابات نفسية في كثير من الأحيان للنظام القضائي. فهناك عموماً عدد كبير للغاية من المصابين باضطرابات نفسية والفئات الأسهل تأثراً والأكثر تعرضاً للمخاطر في السجون، ويعزى ذلك، في عدد من الحالات، إلى قلة الخدمات أو لأن سلوكهم يهدد النظام العام وعوامل أخرى مثل الجرائم ذات الصلة بالمخدرات والقيادة في حالة سكر. وينبغي وضع سياسات من أجل الحيلولة دون تعرض المرضى النفسيين للحبس دون داع، وتيسير إحالتهم أو نقلهم إلى مراكز العلاج بدلاً من ذلك. وعلاوة على هذا، ينبغي إتاحة خدمات العلاج والرعاية، بشكل منهجي، فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية والسلوكية داخل السجون، حتى عندما يكون الحبس أمراً لا مفر منه. وترد معايير دولية فيما يخص علاج السجناء في القواعد المعيارية الدنيا لمعاملة السجناء، وهي تنص على وجوب إتاحة خدمات مسؤول طبي مؤهل "لديه بعض المعرفة بالطب النفسي" في كل مؤسسة (وقد اعتمدت من قبل أول مؤتمر للأمم المتحدة بشأن منع الجريمة ومعاملة السجناء في عام 1955، وأُقرت من قِبل المجلس الاقتصادي والاجتماعي في عامي 1957 و1977).

ولا بد من بحث السياسات الخاصة بحبس الفئات الأسهل تأثراً والأكثر تعرضاً للمخاطر مع مراعاة ازدياد خطر الانتحار، كما يجب وضع استراتيجية تدريبية لتحسين معارف ومهارات العاملين في النظام القضائي لكي يتمكنوا من التعامل مع الاضطرابات النفسية والسلوكية.

تعزيز البحوث

على الرغم من زيادة معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية على مر السنين فإنه لا تزال هناك متغيرات مجهولة عديدة تسهم في حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية وتحديد مدتها وعلاجها بنجاعة. ومن شأن التحالفات بين الوكالات المعنية بالصحة العمومية ومؤسسات البحوث في مختلف البلدان أن تسهل توليد المعلومات من أجل المساعدة على تحسين فهم وبائيات الصحة النفسية وكفاءة العلاجات والخدمات والسياسات ونجاعتها ومردوديتها.

البحوث الوبائية

إن البيانات الوبائية ضرورية لتحديد الأولويات في مجالي الصحة والصحة النفسية وتصميم وتقييم التدخلات الخاصة بالصحة العمومية. ولاتزال المعلومات المتاحة عن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية والسلوكية وأثرها في البلدان كافة، ولاسيما البلدان النامية، نادرة. وبالمثل هناك نقص في الدراسات الطولية التي تدرس مدة الاضطرابات النفسية والسلوكية الرئيسية وعلاقتها بالمحددات النفسية الاجتماعية والمحددات الوراثية والاقتصادية وسائر المحددات البيئية. كما أن علم الوبائيات، هو وتخصصات أخرى، يشكل أداة هامة للدعوة ولكن بلداناً عديدة تفتقر إلى البيانات اللازمة لدعم الدعوة في مجال الصحة النفسية.

البحوث الخاصة بنتائج العلاج والوقاية والتعزيز

لن ينخفض عبء الاضطرابات النفسية والسلوكية إلاّ إذا استحدثت تدخلات ناجعة وجرى تعميمها. ولابد من إجراء البحوث من أجل استحداث أدوية أنجع ومحددة المفعول ولا تنطوي إلاّ على قدر قليل من الآثار الجانبية الضارة، واستحداث طرائق علاجية نفسية وسلوكية أنجع ووضع برامج أكثر فعالية للوقاية وتعزيز الصحة النفسية. ولا بد كذلك من إجراء بحوث بشأن المردودية. وتقتضي الضرورة تعميق معارفنا من أجل فهم أي علاج له مفعول أفضل وعلى من ينطبق، سواء كان يقدم منفرداً أو مع علاجات أخرى. ويمكن أن يؤثر التقيد ببرنامج للعلاج أو الوقاية أو تعزيز الصحة النفسية تأثيراً مباشراً في النتائج، ومن الضروري أيضاً إجراء بحوث من أجل المساعدة على فهم العوامل التي تؤثر في التقيد بهذه البرامج. ويشمل ذلك دراسة العوامل المتعلقة بما يلي: معتقدات ومواقف وسلوكيات المرضى ومقدمي الخدمات، والاضطراب النفسي والسلوكي في حد ذاته، ومدى تعقد نظم العلاج، ونظام تقديم الخدمات بما في ذلك فرص الحصول عليه ويُسر تكلفته، وبعض المحددات الأعم للصحة النفسية والمرض مثل الفقر.

ومازالت هناك فجوة معرفية فيما يخص كفاءة ونجاعة مجموعة من التدخلات الصيدلانية والنفسية والنفسية الاجتماعية. وفي حين أن البحوث الخاصة بالكفاءة تتعلق بدراسة أثر التدخلات في ظل ظروف تجريبية مضبوطة إلى حد بعيد ، فإن البحوث الخاصة بالنجاعة تدرس أثر التدخلات في تلك الأطر أو الظروف التي سيقدم فيها التدخل في نهاية المطاف إلى من يحتاج إليه. وحيثما توجد قاعدة معارف راسخة فيما يتعلق بكفاءة العلاجات، كما هو الشأن فيما يخص عدداً من الأدوية النفسية التأثير، لا بد من التحول في تركيز البحوث نحو إجراء بحوث خاصة بالنجاعة. وفضلاً عن ذلك هناك حاجة ماسة إلى إجراء أو تنفيذ أو نشر البحوث الخاصة بالعوامل التي قد تعزز استخدام التدخلات الناجعة والانتفاع بها في المجتمع.

البحوث الخاصة بالسياسات والخدمات

تخضع نظم الصحة النفسية لإصلاحات كبرى في بلدان عديدة، بما في ذلك التخلص من المصحات النفسية، واستحداث خدمات مجتمعية المرتكز، والدمج في النظام الصحي العام. ومن المثير للاهتمام أن هذه الإصلاحات إنما هي أساساً ثمرة لفكر معين، واستحداث نماذج علاجية صيدلانية ونفسية جديدة، واعتقاد أن الأشكال البديلة من العلاج القائم على المجتمع أعلى مردودية. ولحسن الحظ أن هناك الآن قاعدة صلبة من أدلة وقرائن مستمدة من عدد من الدراسات المضبوطة بالشواهد تبرهن على نجاعة هذه الغايات الخاصة بالسياسات. بيد أن معظم البحوث التي أجريت حتى الآن نُفذت في بلدان صناعية ، وهناك شكوك تحيط بإمكانية تعميم هذه البحوث على البلدان النامية. ومن ثم لابد من إجراء بحوث لتوجيه أنشطة الإصلاح في البلدان النامية.

ونظراً للأهمية الحيوية التي تكتسبها الموارد البشرية فيما يتعلق بإعطاء العلاج وتقديم الخدمات لابد أن تدرس البحوث المتطلبات التدريبية لمقدمي خدمات الصحة النفسية. إذ أن هناك، بوجه خاص، حاجة إلى إجراء بحوث مضبوطة بالشواهد بشأن الأثر الأبعد أمداً لاستراتيجيات التدريب والمستويات المتباينة لنجاعة استراتيجيات تدريب مختلف مقدمي الخدمات الصحية الذين يؤدون عملهم على شتى مستويات النظام الصحي.

ولا بد أيضاً من إجراء بحوث من أجل تحسين فهم الدور الهام الذي يلعبه القطاع غير الرسمي، وتحسين فهم ما إذا كان إشراك المداوين التقليديين يمكن أن يعزز نتائج العلاج أو يؤثر فيها تأثيراً ضاراً أو لا، وتحديد طرق ذلك. فكيف يمكن، على سبيل المثال، للعاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية التعاون بصورة أفضل مع المداوين التقليديين من أجل تحسين حصول المصابين باضطرابات نفسية وسلوكية على العلاج وتحديدهم وعلاجهم علاجاً ناجعاً؟ إن الأمر يقتضي إجراء مزيد من البحوث من أجل تحسين فهم آثار مختلف القرارات على مستوى السياسات فيما يتعلق بالحصول على العلاج والعدالة في نتائج العلاج لعامة السكان ولأشد الفئات حرماناً على السواء. ومن الأمثلة على مجالات البحوث نوع الترتيبات التعاقدية بين من يحتاجون إلى الخدمات وبين من يقدمونها، والتي تفضي إلى تحسين عملية تقديم خدمات الصحة النفسية والنتائج الخاصة بالمرضى، وتأثير مختلف أساليب مخططات السداد في مقدمي خدمات الصحة النفسية والاستفادة منها، وتأثير دمج ميزانيات الصحة النفسية في نظام تمويل الصحة العامة.

البحوث الاقتصادية

ستوفر التقييمات الاقتصادية لاستراتيجيات العلاج والوقاية وتعزيز الصحة النفسية معلومات مفيدة لدعم التخطيط الرشيد واختيار التدخلات. وقد أجريت بعض التقييمات الاقتصادية للتدخلات الخاصة بالاضطرابات النفسية والسلوكية (مثل الفصام والاضطرابات الاكتئابية والعته) ولكنها نادرة إلى حد ما. ومرة أخرى فإن الأغلبية الكاسحة من هذه التقييمات تجرى في بلدان صناعية.

وهناك حاجة في جميع البلدان إلى إجراء مزيد من البحوث بشأن تكاليف الأمـــراض النفسية، ومزيد من التقييمات الاقتصادية لبرامج العلاج والوقاية وتعزيز الصحة النفسية.

البحوث في البلدان النامية والمقارنات بين الثقافات

يعاني الكثير من البلدان النامية نقصاً ملحوظاً في المعلومـــات العلميـــة عـــن وبائيات الصحة النفسية وخدمات الصحة النفسية وعلاجها ووقايتها وتعزيزهـــا وسياساتها. وما لـــم تتوافر بحوث من هذا القبيل لن يوجد أساس رشيد لتوجيه حمـــلات التوعيـــة والتخطيـــط والتدخلات (Sartorius 1998b, Okasha & Karam 1998).

وعلى الرغم من تشابه المشاكل الصحية والخدمات الصحية في عدة جوانب منها بين البلدان، فإن البيئة الثقافية التي تحدث فيها تتفاوت تفاوتاً بالغاً. والبحوث، شأنها شأن البرامج تماماً، تحتاج إلى معلومات ثقافية. ولا ينبغي استيراد أدوات وأساليب البحوث من بلد إلـــى آخر دون إجراء تحليل دقيق لتأثير ووقع العوامل الثقافية في موثوقيتها وصلاحيتها.

وقد استنبطت المنظمة عدداً من الأدوات والأساليب البحثية المتعددة الثقافات، بما فـــي ذلك دراسة الحالة الراهنة، وجدول التقييم الشامل في مجال طب النفس العصبي، والاستبيان الدولي المركب لأغراض التشخيص، واستبيانات التبليغ الذاتي، والفحص الدولي لاضطراب الشخصية والمعايير التشخيصية للبحوث، وأداة منظمة الصحة العالمية لقياس نوعية الحيـــاة، وجدول منظمة الصحة العالمية لتقييم العجـــز (Sartorius & Janca 1996). ولا بـــد مـــن الاستمرار في تطوير هذه الأدوات وسائر الأدوات العلمية لكي تتيح إجراء مقارنات دوليـــة صالحة تساعد على فهم الجوانب المشتركة وجوانب الاختلاف في طبيعـــة الاضطرابـــات النفسية ومعالجتها فيما بين مختلف البيئات الثقافية.

وهناك عبرة تستخلص من السنوات الخمسين الماضية وهي أن مكافحة الاضطرابـــات النفســـية لا تعني فحسب تدخل الصحة العمومية بل تعني أيضاً تدخل العلم والسياسة. فـــإن ما يمكن إنجازه باتباع سياسات جيدة في مجال الصحة العمومية وبالعلم يمكـــن أن تدمـــره السياسة. وإذا كانت البيئة السياسية تدعم الصحة النفسية فإن العلم يظـــل أمـــراً ضروريـــاً لتطوير فهم الأسباب المعقدة للاضطرابات النفسية ولتحسين علاجها.

الفصل الخامس

سـبيل التقـدم

تقع على عاتق الحكومات مسؤولية إعطاء الأولوية للصحة النفسية. غير أن بلداناً عديدة تحتاج إلى مساعدة دولية لاعتماد برامج في هذا المجال. وستتوقف الإجراءات التي يتعين اتخاذها في كل بلد من البلدان على الموارد المتاحة له والوضع السائد فيه فيما يخص رعاية الصحة النفسية. ويوصي التقرير عموماً: بعلاج الاضطرابات النفسية في إطار الرعاية الصحية الأولية؛ وضمان توافر الأدوية النفسية التأثير؛ والاستعاضة عن المصحات النفسية الاحتجازية بمرافق الرعاية المجتمعية المدعومة بأسرّة مخصصة للعلاج النفسي في المستشفيات العامة، وبتوفير خدمات الرعاية في البيت، وشن حملات لتثقيف الجمهور وتوعيته من أجل التخلص من الحرج الاجتماعي والتمييز؛ وإشراك المجتمعات والأسر والمستفيدين من الخدمات في صنع القرارات المتعلقة بالسياسات والخدمات؛ ووضع سياسات وبرامج وتشريعات وطنية؛ وتدريب أخصائيي الصحة النفسية؛ وربط الصحة النفسية بالقطاعات الأخرى؛ ورصد الصحة النفسية؛ ودعم البحوث.

5

ســـبيل التقـــدم

تقـــديم حـــلول ناجعـــة

يشير التقرير إلى حدوث تقدم كبير في فهم الصحة النفسية وإلى العلاقة التي لا تنفصم عراها التي تربط بينها وبين الصحة البدنية. وعليه، فقد أصبح من الممكن ومـــن المستحسن أيضاً تناول مسألة الصحة النفسية من زاوية الصحة العمومية.

ويصف التقرير أيضاً أبعاد وأثر الاضطرابات النفسية مشيراً إلى أنـــها اضطرابـــات شائعة ــ تصيب ما لا يقل عن ربع الناس في مرحلة ما من مراحل حياتهم ــ كمـــا أنـــها تصيب المجتمعات كافة. ويوضح التقرير على وجه الخصوص أن الاضطرابات النفســـية تكون أكثر شيوعاً لدى الفقراء والمسنين والمنكوبين بالنزاعـــات والكـــوارث، والمرضـــى المصابين بعلل جسمية، وهي ترهق كاهل هؤلاء الناس وأسرهم من حيث المعاناة البشـــرية والعجز والتكاليف الاقتصادية.

وهناك أسلحة فعالة لمكافحة الاضطرابات النفسية. إذ من الممكـــن، بفضـــل التقـــدم المحرز فى مجال العلاج الطبى والنفسي الاجتماعي مساعدة معظم الأفراد والأسر. ويمكن الوقاية من بعض الاضطرابات النفسية بينما يمكن عـــلاج معظمـــها. ويمكـــن للسياســـات والتشريعات المستنيرة الخاصة بالصحة النفسية ــ مقرونة بتدريب الأخصائيين والتمويـــل الكافي والدائم ــ أن تساعد على تقديم الخدمات الملائمة إلى من يحتاجون إليها على جميـــع مستويات الرعاية الصحية.

والبلدان التي تتوافر لها الموارد الكافية الخاصة بالصحة النفسية عددها قليل. وهنـــاك بعض البلدان التى لا تتوافر لها أية موارد من هذا القبيل تقريباً. وتكون أيضـــاً التباينـــات الكبيرة الموجودة بالفعل بين البلدان وداخلها فيما يتصل بالرعاية الصحية العامة أشد بالنسبة إلى رعاية الصحة النفسية. ويتمتع سكان الحضر، ولاسيما الأثرياء، بأكبر فرص الحصول على الخدمات، مما يجعل الخدمات الأساسية بعيدة عن متناول مجموعات ســـكانية كبـــيرة. ومن الشائع أن المرضى النفسيين هم عرضة لأن تنتهك حقوقهم الأساسية.

وثمة حاجة واضحة إلى اتخاذ مبادرات عالمية ووطنية مـــن أجـــل التصـــدي لـــهذه القضايا.

وتستند التوصيات الواردة هنا إلى نوعين من القرائن. النوع الأول يتمثل في الخبرات المكتسبة في مجال تطوير رعاية الصحة النفسية في بلدان كثيرة سواء كانت الموارد المتاحة لها كبيرة أو ضئيلة. وقد جاء ذكر بعض هذه الخبرات آنفاً في الفصلين الثالث والرابع، ومن الأمثلة على ذلك، نجاح أو إخفاق مبادرات اتخذت في شتى أنواع الظروف ومعظمها تدعمه منظمة الصحة العالمية.

أما عناصر المعلومات الأخرى التي أخذت في الاعتبار، فجاءت نتيجة للبحوث العلمية المنشورة على الصعيدين الدولي والوطني. وعلى الرغم من أن البحوث الميدانية في مجال تطوير خدمات الصحة النفسية مازالت في بدايتها، تتوافر بعض القرائن الأولية بشأن فوائد تطوير برامج الصحة النفسية. ويتعلق معظم البحوث المتاحة بالبلدان المرتفعة الدخل رغم أن بعض الدراسات قد أجري في السنوات الأخيرة على بلدان منخفضة الدخل.

ويمكن أن تحقق الإجراءات في هذا المضمار فوائد على مستويات عدة. ويشمل ذلك الفوائد المباشرة المترتبة على الخدمات في تخفيف الأعراض التي تصحب الاضطرابات النفسية، وتقليل العبء العام لهذه الأمراض من خلال الحد من الوفيات (الناجمة عن الانتحار على سبيل المثال) والعجز، وتحسين أداء الذين يعانون هذه الاضطرابات وتحسين نوعية حياتهم وحياة أسرهم. وهناك أيضاً إمكانية تحقيق فوائد اقتصادية (من خلال تعزيز الإنتاجية) عن طريق تقديم خدمات في الوقت المناسب، على الرغم من أن القرائن التي تدعم ذلك لا تزال نادرة.

وتقع على عاتق البلدان مسؤولية إعطاء الأولوية للصحة النفسية في الخطط التي تضعها في مجال الصحة، وتنفيذ التوصيات الواردة أدناه. وعلاوة على ذلك، يُعد الدعم الدولي أمراً ضرورياً لكثير من البلدان من أجل تنفيذ البرامج الخاصة بالصحة النفسية. وينبغي للوكالات المعنية بالدعم الإنمائي تقديم مساعدتها التقنية ودعمها المالي لتلك البرامج.

توصيات عامة

يقدم التقرير عشر توصيات عامة.

1 ـ التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية على مستوى الرعاية الأولية

يمثل تدبير الاضطرابات النفسية وعلاجها على مستوى الرعاية الأولية خطوة أساسية تتيح لأكبر عدد ممكن من الناس الحصول على الخدمات على نحو أيسر وأسرع، والحقيقة أن العديد منهم يلتمس المساعدة على هذا المستوى بالفعل. وهذا لا يتيح الحصول على رعاية أفضل فحسب، وإنما يساعد أيضاً على تفادي الهدر الناتج عن إجراء فحوص غير ضرورية وتقديم علاج غير مناسب ولا محدد. بيد أنه، كيما يتم ذلك، لا بد من تدريب

العاملين في مجال الصحة العامة على المهارات الأساسية لرعاية الصحة النفسية. ويكفل هذا التدريب أفضل استفادة من المعارف المتاحة لخدمة أكبر عدد ممكن من الناس، ويتيح التطبيق المباشر للتدخلات. ولذا ينبغي إدراج الصحة النفسية في مناهج التدريب، مع دورات تنشيطية لتحسين فعالية التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية في إطار خدمات الصحة العامة.

2 — توفير الأدوية النفسية التأثير

ينبغي تقديم الأدوية النفسية التأثير وإتاحتها باستمرار على جميع مستويات الرعاية الصحية. وينبغي إدراج هذه الأدوية في قائمة الأدوية الأساسية لكل بلد من البلدان، كما ينبغي، كلما أمكن، توفير أفضل الأدوية لمعالجة الاضطرابات النفسية. وفي بعض البلدان قد يقتضي ذلك إجراء تغييرات تشريعية مواتية. ويمكن لهذه الأدوية أن تخفف الأعراض وتقلل العجز وتقصر مدة العديد من الاضطرابات وتحول دون الانتكاس. وهي تتيح، في غالبية الأحيان، علاج الخط الأول، ولاسيما في الحالات التي لا تتاح فيها التدخلات النفسية - الاجتماعية ولا يتوافر الأطباء الذين يتمتعون بمهارات جيدة.

3 — تقديم خدمات الرعاية ضمن المجتمع

للرعاية المجتمعية تأثير أفضل من تأثير العلاج المقدم في المؤسسات الاستشفائية في النتائج التي تتحقق وفي نوعية حياة المصابين باضطرابات نفسية مزمنة. كما أن تحويل المرضى من المصحات النفسية إلى الرعاية ضمن المجتمع من الإجراءات الاقتصادية التي تراعي حقوق الإنسان. ولهذا ينبغي تقديم خدمات الصحة النفسية داخل المجتمع، بالاستفادة من جميع الموارد المتاحة. ويمكن للخدمات المجتمعية المرتكز أن تؤدي إلى التدخل المبكر والحد من الحرج الاجتماعي المرتبط بتلقي العلاج. وينبغي الاستعاضة عن المصحات النفسية الأشبه بالسجون بمرافق الرعاية المدعومة بأسرّة مخصصة للعلاج النفسي في المستشفيات العامة، وبالرعاية في المنازل مما يلبي جميع احتياجات المرضى الذين كانوا يعالجون في الماضي في تلك المستشفيات. ويستلزم هذا التحول نحو الرعاية داخل المجتمع توفير ما يلزم من أخصائيين صحيين وخدمات التأهيل على مستوى المجتمع، مع إتاحة الدعم أثناء الطوارئ وتوفير السكن وتأمين العمل.

4 — تثقيف الجمهور

ينبغي لكل البلدان شن حملات لتثقيف وتوعية الجمهور فيما يتعلق بالصحة النفسية. ويتمثل الهدف الرئيسي من ذلك في الحد من العقبات التي تحول دون الحصول على العلاج والرعاية عن طريق زيادة التوعية بتواتر حدوث الاضطرابات النفسية وبإمكانية علاجها وحظوظ الإبلال منها وحقوق المرضى . وينبغي تعميم اختيارات الرعاية المتاحة وفوائدها

على نطاق واسع حتى يتصرف الناس والأطباء ووسائل الإعلام وواضعو السياسات والساسة وهم على دراية عميقة بما يجري. وقد جعلت عدة من البلدان والمنظمات الوطنية والدولية هذا الأمر من أولوياتها بالفعل. وبمقدور حملات توعية وتثقيف الجمهور الجيدة التخطيط أن تحد من الوصم والتمييز، وتحث الناس على زيادة الانتفاع بخدمات الصحة النفسية، وتقرب الشقة بين رعاية الصحة النفسية ورعاية الصحة البدنية.

5 ـ إشراك المجتمعات والأسر والمستهلكين

ينبغي إشراك المجتمعات والأسر والمستهلكين في وضع السياسات وصنع القرارات المتعلقة بالسياسات والبرامج والخدمات. ويفترض أن يفضي ذلك إلى تحسين تصميم الخدمات لتلبية احتياجات الناس وإلى الاستفادة بصورة أفضل من تلك الخدمات. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تراعى في التدخلات الاعتبارات الخاصة بالسن ونوع الجنس والثقافة والظروف الاجتماعية السائدة بغية سد احتياجات المصابين باضطرابات نفسية واحتياجات أسرهم.

6 ـ وضع سياسات وبرامج وتشريعات وطنية

السياسات والبرامج والتشريعات الخاصة بالصحة النفسية خطوات ضرورية من أجل اتخاذ إجراءات فعالة ومستديمة. وينبغي أن تعتمد هذه السياسات والبرامج والتشريعات على المعارف الحالية والاعتبارات الخاصة بحقوق الإنسان. وتحتاج معظم البلدان إلى زيادة ميزانياتها التي ترصدها لبرامج الصحة النفسية والتي تكاد لا تذكر في الوقت الحاضر. وقد حققت بعض البلدان، التي قامت مؤخراً بتطوير أو تنقيح سياساتها وتشريعاتها، تقدماً في تنفيذ برامجها الخاصة برعاية الصحة النفسية. وينبغي أن تشكل الإصلاحات الخاصة بالصحة النفسية جزءاً من إصلاحات أوسع للنظام الصحي. وينبغي ألاّ تمارس مخططات التأمين الصحي التمييز ضد المصابين باضطرابات نفسية لكي تتيح الحصول بشكل أوسع على العلاج، والحد من الأعباء المالية الناجمة عن الرعاية.

7 ـ تنمية الموارد البشرية

يتعين على معظم البلدان النامية أن تكثف وتحسن تدريب الأطباء العاملين في الصحة النفسية الذين يقدمون خدمات الرعاية التخصصية، بالإضافة إلى دعم برامج الرعاية الصحية الأولية. وتفتقر معظم البلدان النامية إلى عدد كاف من هؤلاء المتخصصين لتقديم خدمات الصحة النفسية. وينبغي تشجيع هؤلاء الأطباء، فور تدريبهم، على البقاء في بلدانهم في وظائف تتيح تحقيق أفضل استفادة من مهاراتهم. وتنمية الموارد البشرية هذه أمر ضروري بصفة خاصة للبلدان التي لاتزال تعوزها الموارد. وعلى الرغم من أن الرعاية الأولية تشكل أفيد إطار للرعاية الأساسية فإن هناك حاجة إلى الأخصائيين من أجل تقديم مجموعة أكبر من الخدمات. وينبغي، في الأوضاع المثالية، أن تضم الفرق المتخصصة في رعاية الصحة النفسية الأطباء والمتخصصين من غير الأطباء ، مثل

المتخصصين بعلم النفس وعلماء النفس السريريين وممرضات الطب النفسي والأخصائيين الاجتماعيين النفسيين وأخصائيي العلاج المهني، الذين يمكنهم العمل معاً من أجل رعاية المرضى على النحو الكامل وإدماجهم في المجتمع.

8 ــ إقامة علاقات مع سائر القطاعات

ينبغي إشراك قطاعات أخرى غير قطاع الصحة، مثل قطاعات التعليم والعمل والسياحة والخدمات والعدل، وإشراك المنظمات غير الحكومية في تحسين الصحة النفسية للمجتمعات. وينبغي أن تكون المنظمات غير الحكومية أكثر نشاطاً مع اضطلاعها بأدوار محددة بصورة أفضل كما ينبغي تشجيعها على زيادة الدعم الذي تقدمه للمبادرات المحلية.

9 ــ رصد الصحة النفسية للمجتمع

ينبغي رصد الصحة النفسية للمجتمعات بإدراج مؤشرات قياس مستوى الصحة النفسية في نظم المعلومات والتبليغ الصحية. وينبغي أن تعطي تلك المؤشرات معلومات عن أعداد المصابين باضطرابات نفسية ونوعية رعايتهم، بالإضافة إلى معلومات عامة عن الصحة النفسية للمجتمعات. وهذا الرصد يساعد على تحديد الاتجاهات السائدة وكشف التغيرات الحادثة في الصحة النفسية نتيجة أحداث خارجية مثل الكوارث. والرصد ضروري لتقييم مدى فعالية برامج الوقاية والعلاج، كما يقوّي مبررات تخصيص المزيد من الموارد. ويعد وضع مؤشرات جديدة لقياس مستوى صحة المجتمعات أمراً ضرورياً في هذا الخصوص.

10- دعم المزيد من البحوث

لا بد من إجراء المزيد من البحوث بشأن الجوانب البيولوجية والنفسية الاجتماعية للصحة النفسية لتعزيز فهم الاضطرابات النفسية واستحداث تدخلات أنجع. وينبغي إجراء تلك البحوث في إطار دولي واسع بغية فهم الفوارق بين المجتمعات وتكوين فكرة أوضح عن العوامل التي تؤثر في أسباب الاضطرابات النفسية وتطورها وما تؤول إليه. ويعد بناء القدرات البحثية في البلدان النامية ضرورة ملحة.

التدابير التي يتعين اتخاذها تبعاً للموارد المتاحة

على الرغم من أن التوصيات الآنفة الذكر ذات طابع عام فإن معظمها قد يبدو أنه يتجاوز إلى حد بعيد الموارد المتاحة في كثير من البلدان. ومع هذا فهناك أشياء يمكن للجميع الإفادة منها. وبأخذ هذه الأمور في الحسبان، هناك ثلاثة سيناريوهات منفصلة تساعد البلدان النامية على اتخاذ ما يلزم من إجراءات، وخاصة لتحقيق ما يمكنها تحقيقه بالموارد المحدودة المتاحة لها . ويمكن الاستفادة من السيناريوهات في اتخاذ إجراءات معينة. ومن

المفترض أن هذه السيناريوهات تنطبق على البلدان وكذلك على مختلف المجموعات السكانية داخل تلك البلدان. وخاصة بالنظر إلى وجود مناطق أو مجموعات محرومة في جميع البلدان، حتى في البلدان التي تمتلك أفضل الموارد والخدمات.

السيناريو "الأول" (الموارد المحدودة)

ينطبق هذا السيناريو أساساً على البلدان المنخفضة الدخل التي لا توجد فيها أي موارد مخصصة للصحة النفسية أو تلك التي تكون فيها الموارد محدودة جداً. ولا تملك هذه البلدان أية سياسات أو برامج أو تشريعات مناسبة في مجال الصحة النفسية؛ أو، إذا وجدت، فيها سياسات أو برامج أو تشريعات من هذا القبيل فإنها تكون عتيقة ولا تنفذ بفعالية. والأموال الحكومية المتاحة للصحة النفسية ضئيلة وكثيراً ما تقل عن 0.1% من إجمالي ميزانية الصحة. كما أنه ليس هناك وجود لأي أطباء نفسيين أو ممرضات طب نفسي، أو أنه يوجد عدد ضئيل جداً منهم لخدمة عدد كبير من السكان. وتقدم المرافق المتخصصة في رعاية المرضى الداخليين، إن وجدت، خدماتها كمصحات مركزية للصحة النفسية وتكون أقرب إلى الرعاية الاحتجازية منها إلى الرعاية الصحية، وفي كثير من الأحيان يكون فيها أقل من سرير واحد لكل 10 000 شخص. ولا تقدم أية خدمات للصحة النفسية في إطار الرعاية الأولية أو المجتمعية، ومن النادر أن تتوافر الأدوية الأساسية النفسية التأثير. ولا تتم مراعاة الصحة النفسية في نظم الترصّد الوبائي والمعلومات الصحية.

وإذا كان هذا السيناريو ينطبق أساساً على البلدان المنخفضة الدخل فإن الخدمات الأساسية للصحة النفسية في كثير من البلدان المرتفعة الدخل لا تزال بعيدة عن متناول المجموعات السكانية الريفية ومجموعات السكان الأصليين وما إلى ذلك. وخلاصة القول إن وضعاً كهذا يتسم بقلة الاهتمام بالصحة النفسية وقلة توافر الخدمات.

فما الذي يمكن عمله في هذه الظروف؟ يمكن للبلدان، حتى عندما تكون الموارد محدودة للغاية، الاعتراف فوراً بأن الصحة النفسية جزء لا يتجزأ من الصحة العامة، والبدء في إدماج الخدمات الأساسية في مجال الصحة النفسية في إطار الرعاية الصحية الأولية. وليس من الضروري أن تكلف عملية الإصلاح هذه أموالاً طائلة، ويمكن تعزيزها إلى حد بعيد بتوفير الأدوية العصبية النفسية الأساسية وتوفير التدريب أثناء الخدمة لجميع العاملين في مجال الصحة العامة.

السيناريو "الثاني" (الموارد المتوسطة المقدار)

في البلدان التي ينطبق عليها هذا السيناريو تتوافر بعض الموارد للصحة النفسية، مثل مراكز العلاج في المدن الكبرى أو البرامج الرائدة للرعاية المجتمعية. ولكن هذه الموارد لا تقدم حتى أبسط خدمات الصحة النفسية إلى جميع السكان. وقد تمتلك هذه البلدان سياسات وبرامج وتشريعات في مجال الصحة النفسية، ولكنها غالباً لا تنفذ على النحو الكامل. وتقل الميزانية الحكومية المرصودة للصحة النفسية عن 1% من إجمالي ميزانية الصحة. وهناك

أعداد غير كافية من أخصائيي الصحة النفسية، مثل الأطباء النفسيين وممرضات الطب النفسي، لخدمة السكان. أما مقدمو خدمات الرعاية الأولية فيفتقرون كثيراً إلى التدريب في مجال رعاية الصحة النفسية. ويوجد في مرافق الرعاية التخصصية أقل من خمسة أسرّة لكل 10 000 شخص، معظمها في المصحات النفسية الكبيرة والمركزية. ويكون توافر الأدوية النفسية التأثير والعلاج، فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية الرئيسية في إطار الرعاية الأولية، محدوداً، كما تكون برامج الصحة النفسية المجتمعية نادرة. وتوفر سجلات الدخول والخروج في المصحات النفسية المعلومات الوحيدة المتاحة في نظم التبليغ الصحية. وخلاصة القول إن الصحة النفسية تحظى، في إطار هذا السيناريو، بأهمية معتدلة كما أن درجة الحصول على خدمات الرعاية النفسية متوسطة هي الأخرى.

وينبغي لهذه البلدان أن تتخذ إجراءات فورية لتوسيع نطاق خدمات الصحة النفسية لكي يشمل جميع السكان. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق التوسع في تدريب جميع الأطباء والعاملين الصحيين في الرعاية الأساسية للصحة النفسية، وتوفير الأدوية العصبية النفسية في جميع المرافق الصحية، وإدراج كل هذه الأنشطة ضمن سياسة عامة للصحة النفسية. وينبغي أن تكون البداية بإغلاق المستشفيات الاحتجازية وإقامة مرافق للرعاية المجتمعية. ويمكن الخوض في المسائل المتعلقة برعاية الصحة النفسية في مكان العمل وفي المدرسة.

السيناريو الثالث (الموارد المرتفعة المقدار)

ينطبق هذا السيناريو أساساً على البلدان الصناعية التي تمتلك موارد هامة إلى حد ما تكرسها للصحة النفسية، والتي تنفذ فيها السياسات والبرامج والتشريعات الخاصة بالصحة النفسية بشكل فعال نسبياً. كما تبلغ النسبة المخصصة للصحة النفسية من إجمالي ميزانية الصحة فيها 1% أو ما يزيد، وهي تمتلك أعداداً كافية من الأطباء المتخصصين في مجال الصحة النفسية. ويحصل معظم مقدمو خدمات الرعاية الأولية في هذه البلدان على التدريب اللازم في ذلك المجال. وتبذل فيها جهود من أجل تحديد الاضطرابات النفسية الرئيسية وعلاجها في إطار الرعاية الأولية، على الرغم من احتمالات قلة الفعالية وضيق نطاق التغطية. وتكون مرافق الرعاية التخصصية أشمل، ولكن قد يحدث أن معظمها لايزال يشكل جزءاً من المصحات النفسية. أما الحصول على الأدوية النفسية التأثير فميسور والخدمات المجتمعية المرتكز متاحة بوجه عام. ونظم المعلومات الصحية تأخذ بعين الاعتبار الصحة النفسية على الرغم من أنها لا تسجل إلاّ بعض المؤشرات.

وهناك، حتى في هذه البلدان، عقبات كثيرة تحول دون الاستفادة من الخدمات المتاحة، حيث يعاني المصابون بالاضطرابات النفسية وأسرهم من الوصم والتمييز. أما شركات التأمين فلا تغطي الأمراض النفسية بقدر ما تغطي الأمراض البدنية.

ويتمثل الإجراء الأول الذي لا بد من اتخاذه فوراً في إذكاء وعي الجمهور، وخاصة من أجل الحد من الوصم والتمييز. ويتمثل الإجراء الثاني في إتاحة أحدث الأدوية والتدخلات النفسية الاجتماعية في إطار الرعاية الروتينية للصحة النفسية. أما الإجراء الثالث

الجدول 5-1 الإجراءات الدنيا اللازمة لتعزيز الصحة النفسية تطبيقاً للتوصيات العامة

التوصيات العامة العشر	السيناريو الأول: انخفاض حجم الموارد	السيناريو الثاني: حجم الموارد متوسط	السيناريو الثالث: حجم الموارد مرتفع
1. علاج الاضطرابات على مستوى الرعاية الأولية	• جعل الصحة النفسية أحد عناصر الرعاية الصحية الأولية • تعليم جميع العاملين الصحيين مبادئ التعرف على الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجها • الارتقاء بمستوى الأطباء الذين يقدمون خدمات الرعاية الأولية (تغطية 50% منهم على الأقل خلال 5 سنوات)	• إعداد مواد تدريبية مناسبة للأوضاع المحلية • الارتقاء بمستوى الأطباء الذين يقدمون خدمات الرعاية الأولية (تغطية 100% منهم خلال 5 سنوات)	• تحسين فعالية التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية في إطار الرعاية الصحية الأولية • تحسين آليات الإحالة
2. توفير الأدوية النفسية التأثير	• ضمان توافر 5 أدوية أساسية في جميع منشآت الرعاية الصحية	• ضمان توافر جميع الأدوية الأساسية النفسية التأثير في جميع منشآت الرعاية الصحية	• تيسير الحصول على الأدوية الحديثة النفسية التأثير في إطار خطط العلاج العمومية أو الخاصة
3. تقديم خدمات الرعاية ضمن المجتمع	• إخراج المصابين باضطرابات نفسية من المصحات النفسية (السجون) • تقليص حجم المصحات النفسية وتحسين خدمات الرعاية المقدمة داخلها • تطوير وحدات العلاج النفسي في المستشفيات العامة • توفير مرافق الرعاية المجتمعية (توفير تغطية نسبتها 20% على الأقل)	• إغلاق المصحات النفسية الاحتجازية • تنفيذ مشاريع رائدة لتحقيق تكامل رعاية الصحة النفسية مع رعاية الصحة العامة • توفير مرافق الرعاية المجتمعية (تغطية نسبتها 50% على الأقل)	• إغلاق المصحات النفسية الاحتجازية المتبقية • إنشاء مرافق إقامة بديلة • توفير مرافق الرعاية المجتمعية (تغطية نسبتها 100%) • تقديم خدمات الرعاية حسب احتياجات كل فرد ضمن المجتمع، للمصابين باضطرابات نفسية خطيرة)
4. تثقيف الجمهور	• تعزيز الحملات العمومية الرامية إلى مكافحة الوصم والتمييز • دعم المنظمات غير الحكومية في مجال تثقيف الجمهور	• استخدام وسائل الإعلام الجماهيري من أجل الترويج للصحة النفسية وتعزيز اتخاذ مواقف إيجابية والمساعدة على الوقاية من الاضطرابات	• إطلاق حملات لتحري الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجها
5. إشراك المجتمعات والأسر والمستهلكين	• دعم تكوين مجموعات المساعدة الذاتية • وضع مخططات التمويل الخاصة بالمنظمات غير الحكومية والمبادرات ذات الصلة بالصحة النفسية	• ضمان تمثيل المجتمعات والأسر والمستفيدين من الخدمات في الخدمات ووضع السياسات	• تشجيع مبادرات التوعية
6. وضع سياسات وبرامج وتشريعات وطنية	• تنقيح التشريعات بالاستناد إلى المعارف الحالية والاعتبارات الخاصة بحقوق الإنسان • صياغة برامج وسياسات في مجال الصحة النفسية • زيادة الميزانية المخصصة لرعاية الصحة النفسية	• وضع سياسات لمكافحة المخدرات والكحول على المستويين الوطني ودون الوطني • زيادة الميزانية المخصصة لرعاية الصحة النفسية	• ضمان العدالة في مجال تمويل الرعاية الصحية، بما في ذلك التأمين الصحي
7. تنمية الموارد البشرية	• تدريب الأطباء النفسيين وممرضات الطب النفسي	• إنشاء مراكز تدريب وطنية لأطباء النفسيين وممرضات الطب النفسي وعلماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين المعنيين بالطب النفسي	• تدريب الأخصائيين على مهارات العلاج المتقدمة
8. إقامة علاقات مع سائر القطاعات	• اعتماد برامج للصحة النفسية في المدرسة ومكان العمل • تشجيع أنشطة المنظمات غير الحكومية	• تعزيز برامج الصحة النفسية في المدرسة ومكان العمل	• توفير تسهيلات خاصة في المدرسة ومكان العمل للمصابين باضطرابات نفسية • تنفيذ برامج قائمة على قرائن لتعزيز الصحة النفسية بالتعاون مع قطاعات أخرى
9. رصد الصحة النفسية للمجتمع	• إدراج الاضطرابات النفسية في نظام المعلومات الصحية الأساسية • إجراء مسح للمجموعات السكانية المهددة	• ترصد اضطرابات معينة في المجتمع (مثل الاكتئاب)	• إنشاء نظام متقدم لرصد الصحة النفسية • رصد مدى فعالية برامج الوقاية
10. دعم زيادة البحوث	• إجراء دراسات في منشآت الرعاية الصحية الأولية بخصوص انتشار الاضطرابات النفسية ومدتها وعقابيلها وتأثيرها في المجتمع	• استهلال دراسات بشأن فعالية ومردودية التدبير العلاجي للاضطرابات النفسية الشائعة في إطار الرعاية الصحية الأولية	• التوسع في البحوث في مجال تحديد أسباب الاضطرابات النفسية • إجراء بحوث بشأن تقديم الخدمات • إجراء بحوث بشأن القرائن الخاصة بالوقاية من الاضطرابات النفسية

فيتمثل في تطوير نظم المعلومات الخاصة بالصحة النفسية. ويتمثل الإجـراء الرابـع فـي الاضطلاع ببحوث بشأن المردودية وجمع القرائن الخاصـة بالوقايـة مـن الاضطرابـات النفسية، وينبغي إجراء البحوث بشأن زيادة فهم الأسباب الكامنة وراء هذه الاضطرابات.

ويلخص الجدول 5-1 الإجراءات الدنيـا اللازمـة لرعايـة الصحـة النفسـية فـي السيناريوهات الثلاثة. وينطلق الجدول من الفرضية القائلة بأن الإجراءات الموصـى بـها للبلدان التي يشملها السيناريو "الأول" قد نفذتها البلدان التي يشـملها السـيناريوهان "الثـاني والثالث" بالفعل، وأن البلدان التي تمتلك موارد كثيرة تنفذ كل التوصيات السابقة.

ويأخذ هذا التقرير في الحسبان أن التدابير المتخـذة لا تؤتـي ثمارهـا، فـي كـل السيناريوهات إلاّ بعد مدة طويلة من اتخاذها. ولكن ذلك من الأسباب الإضافية لتشجيع كـل البلدان على اتخاذ خطوات فورية من أجل تحسين صحة سكانها النفسية. أما فيما يتعلق بأفقر البلدان، فإن هذه التدابير الأولى قد تكون متواضعة إلاّ أنها مفيدة. أما العافية النفسية فإنـها تضاهي في أهميتها الصحة البدنية سواء بالنسبة للأغنياء أو الفقراء. وفيما يتعلق بجميع مـن يعانون اضطرابات نفسية، هناك فسحة من الأمل أمامهم؛ ومن واجب كل الحكومات تحويـل هذا الأمل إلى حقيقة واقعة.

المراجع

Abas MA, Broadhead JC (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 27: 59–71.

Al-Subaie AS, Marwa MKH, Hamari RA, Abdul-Rahim F-A (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, **25**: 59–68.

Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171: 524–529.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington DC, American Psychiatric Association.

Andrews G, Henderson S, Wayne Hall W (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, **178**: 145–153.

Andrews G, Peters L, Guzman A-M, Bird K (1995). A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **29**: 124–132.

Artaud A (1935). Lettre ouverte aux médecins-chefs des asiles de fous [Open letter to medical directors of madhouses]. Paris, *La Révolution Surréaliste*, No. 3.

Awas M, Kebede D, Alem A (1999). Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl 397): 56–64.

Baingana F (1990). Personal communication.

Batra A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, **68**: 80–92.

Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guzem BH, Mazziotta JC, Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive–compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, **49**(9): 681–689.

Beers C (1908). *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.

Berke J, Hyman SE (2000). Addiction, dopamine and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*, **25**: 515–532.

Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**: 587–595.

Bodekar G (2001). Lessons on integration from the developing world's experience. *British Medical Journal*, **322**(7279): 164–167.

Bower P, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, Gabbay M (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, **321**: 1389–1392.

Bowles JR (1995). Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 173–206.

Brookmeyer R, Gray S (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in aging populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine*, **19**(11–12): 1481–1493.

Brown GW, Birley JLT, Wing JK (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. *British Journal of Psychiatry*, **121**: 241–258.

Butcher J (2000). A Nobel pursuit. *Lancet*, **356**(9328): 1331.

Butzlaff RL, Hooley JM (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, **55**(8): 547–552.

Caldwell CB, Gottesman II (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, **16**: 571–589.

Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactity disorder. *American Journal of Psychiatry*, **151**(12): 1791–1796.

Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Kishore K, Saeed K, James S, Mubbashar M, Murthy RS (2000). Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, **176**: 581–588.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 3278–3285.

Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, **325**(9): 606–612.

Collins D, Lapsley G (1996). *The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992*. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Printing Service (Monograph No. 30).

Collins PY, Adler FW, Boero M, Susser E (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, **28**: 3–16.

Collins PY, Lumerman J, Conover S, Susser E (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, **28**: 17–24.

Conolly J (1856). *The treatment of the insane without mechanical restraints*. London, Smith, Elder & Co.

Cooper PJ, Murray L (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, **316**: 1884–1886.

Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl D, Tweed D, Erkanli A, Worthman CM (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 1129–1136.

Cottraux J (1993). Behaviour therapy. In: Sartorius N, De Girilamo G, Andrews G, German A, Eisenberg L, eds. *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness*. Geneva, World Health Organization: 199–235.

Cuajungco MP, Lees GJ (1997). Zinc and Alzheimer's disease: is there a direct link? *Brain Research*, **23**(3): 219–236.

Czerner TB (2001). *What makes you tick? The brain in plain English*. New York, John Wiley & Sons

Delange F (2000). The role of iodine in brain development. *Proceedings of the Nutrition Society*, **59**(1): 75–79.

Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1995). World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York, Oxford University Press.

Dill E, Dill C (1998). Video game violence: a review of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4): 407–428.

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 2101–2107.

Dixon L, Adams C, Lucksted A (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **26**: 5–20.

Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 631–643.

Dixon LB, Lehman AF, Levine J (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 567–577.

Drouet B, Pincon-Raymond M, Chambaz J, Pillot T (2000). Molecular basis of Alzheimer's disease. *Cellular and Molecular Life Sciences*, **57**(5): 705–715.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH, eds (1997). *The treatment of drinking problems: a guide to helping professions*, 3rd edition. Cambridge, Cambridge University Press.

El-Din AS, Kamel FA, Randa M, Atta HY (1996) Evaluation of an educational programme for the development of trainers in child mental health in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **2**: 482–493.

Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist*, **54**: 30–36.

Erickson MF (1989). The STEEP Programme: helping young families alone at risk. *Family Resource Coalition Report*, **3**: 14–15.

Fadden G, Bebbington P, Kuipers L (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, **150**: 285–292.

Feksi AT, Kaamugisha J, Sander JW, Gatiti S, Shorvon SD (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *Lancet*, **337**(8738): 406–409.

Ferketich AK, Schwartbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, **160**(9): 1261–1268.

Fraser SFH, McGrath, St Hjohn D (2000). Information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa (editorial). *British Medical Journal*, **321**: 465–466.

Gallagher SK, Mechanic D (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, **42**(12): 1691–1701.

Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, **28**: 25–30.

Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, **30**(2): 369–380.

Girolomo G de, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(3–4): 197–214.

Gittelman M (1998). Public and private managed care. *International Journal of Mental Health*, **27**: 3–17.

Goff DC, Henderson DC, Amico D (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, **149**: 1189–1194.

Gold JH (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **186**(12): 769–775.

Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 323–334.

Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB (1995). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary healthcare physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, **47**: 203–211.

Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E, Vila V (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89**: 352–357.

Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, **106**(4): 748–755.

Goodwin FK, Jamison KR (1990). Suicide, in manic-depressive illness. New York, Oxford University Press: 227–244.

Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, **173**: 166–171.

Graham P, Orley J (1998). WHO and the mental health of children. *World Health Forum*, **19**: 268–272.

Griffiths K, Christensen H (2000). Quality of web-based information on treatment of depression: cross-sectional survey. *British Medical Journal*, **321**: 1511–1515.

Gureje O, Odejide AO, Olatawura MO, Ikuesan BA, Acha RA, Bamidele RW, Raji OS (1995). Results from the Ibadan centre. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 157–173.

Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, **280**(2): 147–151.

Hakimi M, Hayati EN, Marlinawati VU, Winkvist A, Ellsberg M (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java.* Yogyakarta, Indonesia, Program for Appropriate Technology in Health.

Harnois G, Gabriel P (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health Organization and International Labour Office (WHO/MSD/MPS/00.2).

Harpham T, Blue I, eds (1995). *Urbanization and mental health in developing countries.* Aldershot, UK, Avebury.

Harris J, Best D, Man L, Welch S, Gossop M, Strang J (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology,* **5**: 443–450.

Harwood H, Fountain D, Livermore G (1998). *The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.* Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No. 98-4327).

Hauenstein EJ, Boyd MR (1994). Depressive symptoms in young women of the Piedmont: prevalence in rural women. *Women and Health,* **21**(2/3): 105–123.

Heather N (1995). *Treatment approaches to alcohol problems: European Alcohol Action Plan.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).

Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association,* **284**(5): 592–597.

Hoge MA, Davidson L, Griffith EEH, Jacobs S (1998). The crisis of managed care in the public sector. *International Journal of Mental Health.* **27**: 52–71.

Hughes JR,, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Americal Journal of Psychiatry,* **143**: 993–997.

Hyman SE (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron,* **28**: 321–323.

ILAE/IBE/WHO (2000). *Global campaign against epilepsy.* Geneva, World Health Organization.

Indian Council of Medical Research (ICMR) (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas.* New Delhi, Indian Council of Medical Research (unpublished data).

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2000). *World disasters report.* Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

International Network of Clinical Epidemiologists (INCLEN) (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE).* Manila, International Network of Clinical Epidemiologists.

Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph,* **20** (Suppl).

Jaffe JH (1995). *Encyclopedia of drugs and alcohol, Volume 1.* New York, Simon and Schuster.

Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S (2000). Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization,* **78**: 491–499.

Katona C, Livingston G (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *Lancet,* **356**: 91.

Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Benton JG, Prodzinski J, Fligner C, Hackman BB (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine,* **327**: 467–472.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry,* **51**: 8–19.

Kielcot-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R (1999). Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist,* **53**(11): 1209–1218.

Kilonzo GP, Simmons N (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine,* **47**: 419-428.

Klein N (1999). *No logo: taking on the brand bullies.* New York, Picador.

Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In: Dohrenwend BP, ed. *Adversity, stress, and psychopathology.* Oxford, Oxford University Press: 235–284.

Kopp MS, Skrabski A, Szedmark S (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine,* **51**: 1351–1361.

Kuipers L, Bebbington PE (1990). *Working partnership: clinicians and carers in the management of longstanding mental illness.* Oxford, Heinemann Medical.

Kulhara P, Wig NN (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India. Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, **132**: 186–190.

Lasser K, Wesley Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, **284**: 2606–2610.

Leavell HR, Clark HG (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*, 3rd edition. New York, McGraw-Hill Book Co.

Leff J, Gamble C (1995). Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, **24**: 76–88.

Leff J, Wig NN, Ghosh A, Bedi A, Menon DK, Kuipers L, Morten A, Ernberg G, Day R, Sartotius N, Jablensky A (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India. III: Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, **151**: 166–173.

Lehman AF, Steinwachs DM and the co-investigators of the PORT Project (1998). At issue: translating research into practice. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, **24**(1): 1–10.

Leon DA, Shkolnikov VM (1998). Social stress and the Russian mortality crisis. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 790–791.

Leonardis M de, Mauri D, Rotelli F (1994). *L'imresa sociale*. Milan, Anabasi.

Leshner AI (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, **278**(5335): 45–47.

Lester D (1995). Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D, eds. *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 163–172.

Lester D, Murrell ME (1980). The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, **137**: 121–122.

Levav I, Gonzalez VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **101**: 83–86.

Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**: 133–144 (erratum, **102**: 517).

Lewis DA, Lieberman JA (2000). Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron*, **28**: 325–334.

Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainin K, Heikkinen A, Aro H (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**: 178–184.

Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **23**(5): 618–623.

Lustman PJ, Griffith LS, Clause RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **18**(8): 1133–1139.

Lustman PJ, Griffith LS, Clause RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, **59**(3): 241–250.

McGorry PD (2000). Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **34** (suppl.): 145–149.

McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, **284**(13): 1689–1695.

Maj M, Janssen R, Starace F, Zaudig M, Satz P, Sughondhabirom B, Luabeya M, Riedel R, Ndetei D, Calil B, Bing EG, St Louis M, Sartorius N (1994a). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase I: Study design and psychiatric findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 39–49.

Maj M, Satz P, Janssen R, Zaudig M, Starace F, D'Elia L, Sughondhabirom B, Mussa M, Naber D, Dnetei D, Schulte G, Sartorius N (1994b). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase II: Neuropsychological and neurological findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 51–61.

Management Sciences for Health (from 2001, in collaboration with WHO). *International drug price indicator guide*. Arlington, VA, Management Sciences for Health.

Mani KS, Rangan G, Srinivas HV, Srindharan VS, Subbakrishna DK (2001). Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural south India: the Yelandur study. *Lancet*, **357**: 1316–1320.

Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*, **317**: 111–115.

Mendlowicz MV, Stein MB (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, **157**(5): 669–682.

Merkl PE (1993). Which are today's democracies? *International Social Science Journal*, **136**: 257–270.

Mishara BL, Ystgaard M (2000). Exploring the potential for primary prevention: evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark. *Crisis*, **21**(1): 4–7.

Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, **276**(21): 1725–1731.

Mohit A (1999). Mental health in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization with a view to future trends. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231–240.

Mohit A, Saeed K, Shahmohammadi D, Bolhari J, Bina M, Gater R, Mubbashar MH (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231–240.

Morita H, Suzuki M, Suzuki S, Kamoshita S (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**: 317–332.

Mubbashar MH (1999). Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.

Murray CJL, Lopez AD, eds (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

Murray CJL, Lopez AD (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).

Murray CJL, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, **349**: 1498–1504.

Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, **9**: 69–82.

Mynors-Wallis L (1996). Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry Medicine*, **26**: 249–262.

Narayan D, Chambers R, Shah MK, Petesch P (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York, Oxford University Press for the World Bank.

National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India.

New Mexico Department of Health (2001). *Alcohol-related hospital charges in New Mexico for 1998 estimated at $51 million*. New Mexico Department of Health (Press Release, 16 January 2001).

Newman SC, Bland RC, Orn HT (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, **43**: 910–914.

NIDA (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No.00-4180).

Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 793–800.

O'Brien SJ, Menotti-Raymond M, Murphy WJ, Nash WG, Wienberg J, Stanyon R, Copeland NG, Jenkins NA, Womack JE, Marshall Graves JA (1999). The promise of comparative genomics in mammals. *Science*, **286**: 458–481.

Okasha A, Karam E (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 406–413.

Orley J, Kuyken W (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Basel, Springer-Verlag.

Orley J, Saxena S, Herrman H (1998). Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, **172**: 291–293.

PAHO (1991). Declaration of Caracas, 1990. *International Digest of Health Legislation*, **42**(2): 336–338.

Pai S, Kapur RL (1982). Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 12: 651–658.

Pal DK, Das T, Chaudhury G, Johnson AL, Neville B (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *Lancet*, **351**(9095): 19–23.

Patel A, Knapp MRJ (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, **5**: 4–10.

Patel V (2001). Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press: 247–261.

Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, **49**: 1461–1471.

Paykel ES (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **377** (Suppl): 50–58.

Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, **38**: 163–178.

Pearson V (1995). Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine*, **41**(8): 1159–1173.

Pharaoh FM, Marij J, Streiner D (2000). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Collaboration database of systematic reviews*, 1: 1–36.

Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Polerleau CS (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 373–378.

Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, **156**(10): 1590–1595.

Ranrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt TE, Paul C (2000). Psychiatric disorders and risky sexual behaviours in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, **321**(7256): 263–266.

Rashliesel J, Scott K, Dixon L (1999). Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, **50**(11): 1427–1434.

Reed GM, Kemeny ME, Taylor SE, Wang HYJ, Vissher BR (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, **13**(4): 299–307.

Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry* **45**: 977–986.

Rezaki MS, Ozgen G, Kaplan I, Gursoy BM, Sagduyu A, Ozturk OM (1995). Results from the Ankara centre. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 39–55.

Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindeman DA, Hauck WW, Segura E (1993). The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs*, **12**(2): 164–176.

Rice DP, Kelman S, Miller LS (1991). Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*, **106**(3): 280–292.

Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S (1990). *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville, MD, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).

Riley L, Marshall M, eds (1999). *Alcohol and public health in eight developing countries*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/HSC/SAB/99.9).

Rosenbaum JF, Hylan TR (1999). Costs of depressive disorders. In: Maj M, Sartorius N, eds. *Evidence and practice in psychiatry: depressive disorders*. New York, John Wiley & Sons: 401–449.

Rosenberg ML, Mercy JA, Potter LB (1999). Firearms and suicide. *New England Journal of Medicine*, **341**: 1609–1611.

Rossow I (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, 27(3): 397–334.

Rutz W, Knorring L, Walinder, J (1995). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **85**: 83–88.

Saeed K, Rehman I, Mubbashar MH (2000). Prevalence of psychiatric morbidity among the attendees of a native faithhealer at Rawalpindi. *Journal of College of Physicians and Surgeons of Pakistan*, **10**: 7–9.

Sankar R, Pulger T, Rai B, Gomathi S, Gyatso TR, Pandav CS (1998). Epidemiology of endemic cretinism in Sikkim, India. *Indian Journal of Pediatrics*, **65**(2): 303–309.

Saraceno B, Barbui C (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**: 285–290.

Sartorius N (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, **170**: 297.

Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, **352**(9133): 1058–1059.

Sartorius N (1998b). Scientific work in the Third World Countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 345–347.

Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, **16**: 909–928.

Sartorius N, Janca A (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **31**(2): 55–69.

Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD, Perel J, Lave J, Houck PR, Coulehan JL (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 913–919.

Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush J (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55: 1121–1127.

Scott RA, Lhatoo SD, Sander JWAS (2001). The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organization*, **79**: 344–351.

Senanayake N, Román GC (1993). Epidemiology of epilepsy in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, **71**: 247–258.

Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino C, Regier DA (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**: 865–877.

Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbach M, Jong JT de (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, **48**(8): 1029–1046.

Spagna ME, Cantwell DP, Baker L (2000). Reading disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, etc. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2614–2619.

Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668): 888–891.

Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, **356**: 39.

Sriram TG, Chandrasekar CR, Issac MK, Srinivasa Murthy R, Shanmugam V (1990). Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **81**: 414–417.

Starace F, Baldassarre C, Biancolilli V, Fea M, Serpelloni G, Bartoli L, Maj M (1998). Early neuropsychological impairment in HIV-seropositive intravenous drug users: evidence from the Italian Multicentre Neuropsychological HIV Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **97**(2): 132–138.

Steinhausen HC, Winkler C, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 262–271.

Summerfield D (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, **322** (7278): 95–98.

Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, Alem A (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl): 92–97.

Talbott, JA (1999). The American experience with managed care – how Europe can avoid it. In: Guimon J, Sartorius N, eds. *Manage or perish? The challenges of managed mental health in Europe*. New York, Khluwer.

Tangcharaoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V (2000). Health aspects of rapid socioeconomic changes in Thailand. *Social Science and Medicine*, **51**: 789–807.

Tansella M, Thornicroft G, eds. (1999). *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.

Thara R, Eaton WW (1996). Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **30**(4): 516–522.

Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW (1994). Ten-year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **90**: 344–351.

Thornicroft G, Sartorius N (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, **23**: 1023–1032.

Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Geneva, World Health Organization (unpublished document).

Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella G, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216–227.

True WR, Xian H, Scherrer JF, Madden PAF, Kathleen K, Health AC, Andrew C, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, **56**: 655–661.

UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, **175**: 426–432.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2000). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.

United Nations (1957; 1977). *Standard minimum rules for the treatment of prisoners*. New York, United Nations (ECOSOC resolution 663C (XXIV); ECOSOC resolution 2076 (LXII)).

United Nations (1989). *Convention on the Rights of the Child*. New York, United Nations (UNGA document A/RES/44/25) .

United Nations (1991). *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. UN General Assembly resolution A/RES/46.119 (available at: http://www.un.org/ga/documents/gadocs.htm).

Upanne M, Hakanen J, Rautava M (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992–1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijävi, Stakes.

US Department of Health and Human Services (DHHS) (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General – Executive summary*. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, US Public Health Service.

US Department of Health and Human Services (DHHS) (2001). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services.

Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J, and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*, **354**(9173): 111–115.

Üstün TB, Sartorius N (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization.

Vijayakumar L (2001). Personal communication.

Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzalez VM, Laurent D, Rutter C, Comite F (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, **23**(23): 2608–2615.

Vos T, Mathers CD (2000). Burden of mental disorders: Australia and Global Burden of Disease studies. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**: 427–438.

Vroublevsky A, Harwin J (1998). Russia. In: Grant M, ed. *Alcohol and emerging markets: patterns, problems and responses*. Philadelphia, Brunner Mazel. 203–223.

Wang X, Gao L, Zhang H, Zhao C, Shen Y, Shinfuku N (2000). Post-earthquake quality of life and psychological well being: longitudinal evaluation in a rural community sample in Northern China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **54**: 427–433.

Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farelly S, Gabbay M, Tarrier N, Addington-Hall J (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, **321**: 1381–1388.

Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **23**: 315–326.

Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3–14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290–296.

Whiteford H, Thompson I, Casey D (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(3–4): 403–417.

WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**: 413–426.

WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence (2001). Preliminary results. Geneva, World Health Organization.

Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, **12**: 274–283.

Williams DR, Williams-Morris, R (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health*, 5(3/4): 243–268.

Winefield HR, Harvey EJ (1994). Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **20**(3): 557–566.

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London, Cambridge University Press.

Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, **341**: 1583–1589.

Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, **28**: 109–126.

Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D and Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (1991). *British Journal of Psychiatry*, **159**: 645–653.

World Bank (1993). *World development report 1993: investing in health*. New York, Oxford University Press for the World Bank.

World Bank (1999). *Development in practice – Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington DC, World Bank.

World Health Organization (1975). *Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health, December 1974*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 564).

World Health Organization (1988). *Benzidiazepines and therapeutic counselling. Report from a WHO Collaborative Study*. Berlin, Springer-Verlag.

World Health Organization (1989). *Consumer involvement in mental health and rehabilitation services*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MNH/MEP/89.7).

World Health Organization (1990). *WHO child care facility schedule*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MNH/PSF/90.3).

World Health Organization (1992a). *International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision 1992 (ICD-10). Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction manual. Vol. 3: Alphabetical index*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (1992b). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (1993a). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (1993b). *Essential treatments in psychiatry*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MNH/MND/93.26).

World Health Organization (1994). Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistics Annual 1993*, Section A/B: China 11–17.

World Health Organization (1995). *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MNH/MND/96.2).

World Health Organization (1996). WHO Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, **86**: 948–955.

World Health Organization (1997a). *Violence against women*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/FRH/WHD/97.8).

World Health Organization (1997b). *An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: Nations for Mental Health*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MSA/NAM/97.3).

World Health Organization (1998). *WHO Expert Committee on Drug Dependence, thirtieth report*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 873).

World Health Organization (1999). *Global status report on alcohol*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/HSC/SAB/99.11).

World Health Organization (2000a). *Gender and the use of medications: a systematic review*. Geneva, World Health Organization (unpublished working document WHO/GHW).

World Health Organization (2000b). *Women's mental health: an evidence-based review*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MSD/MHP/00.1).

World Health Organization (2000c). *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2001). *Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas*. Geneva, World Health Organization (Fact Sheet No. 260, April 2001).

Xu Huilan, Xiao Shuiyuan, Chen Jiping, Lui Lianzhong (2000). Epidemiological study on committed suicide among the elderly in some urban and rural areas of Hunan province, China. *Chinese Mental Health Journal*, **14**(2): 121–124.

Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 1818–1823.

Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, **157**: 1337–1340.

الملحق الإحصائي

تشكل الجداول الواردة في هذا الملحق التقني أحدث المعلومات عن عبء المرض ومقاييس مختصرة لصحة السكان في الدول الأعضاء في المنظمة وأقاليم المنظمة لعام 2000. وستعرض المعلومات الواردة في الجداول سنويا في كل تقرير من التقارير الخاصة بالصحة في العالم. وكما هو الشأن في أي نهج ابتكاري يمكن صقل وتحسين الأساليب المتبعة ومصادر البيانات. ومن المأمول، في هذا الخصوص، أن يفضي الفحص الدقيق لهذه النتائج واستخدامها إلى تحسن تدريجي في قياس مدى بلوغ الأهداف الصحية فيما سيصدر مستقبلاً من التقارير الخاصة بالصحة في العالم. وجميع النتائج الرئيسية تم الإبلاغ عنها مع إتاحة فاصلة ارتياب لكي تصل إلى المستخدم مجالاً من التقديرات التي تحظى بالرضا والقبول لكل بلد من البلدان ولكل مقياس على حدة. ولدى عرض البيانات موزعة حسب البلدان أرسلت التقديرات التي وضعتها المنظمة مع تفسيراتها التقنية إلى الدول الأعضاء للتعليق عليها. وقد نوقشت التعليقات أو البيانات الواردة في الردود مع الدول الأعضاء وجرى إدراجها كلما كان ذلك ممكناً. ومازال يتعين تفسير التقديرات المبلغة هنا باعتبارها أفضل تقديرات للمنظمة وليست وجهة النظر الرسمية للدول الأعضاء.

الملحـــق الإحصــــائـــي

ملاحظات تفســيرية

تعرض الجداول الواردة في هذا الملحق التقني أحدث المعلومات عن عبء المـــرض إلى جانب مقاييس مختصرة لصحة السكان في الدول الأعضاء في المنظمة وأقاليم المنظمـة لعام 2000. وقد أنجز كل من البرنامج العالمي المعني بالقرائن الداعمـة للسياسـات الصحيـة التابعة لمنظمة الصحة العالمية وإدارة التمويل الصحي والقوامة، بالتعاون مع البرامج المماثلـة في المكاتب الإقليمية للمنظمة، معظم الأعمال التي أدت إلى إعـداد هـذه الجـداول الملحقـة. وستعرض المعلومات الواردة في هذه الجداول سنوياً في كل تقرير من *التقارير الخاصة بالصحـة في العالم*. وقد أعدت ورقات عمل تعطي تفاصيل عن المفاهيم والأساليب والنتائج المذكـورة بإيجاز في هذا التقرير. وتشمل حواشي هذه الملاحظات التقنية قائمة كاملة بورقات العمل المفصلة.

وكما هو الشأن في أي نهج ابتكاري يمكن صقل وتحسين الأساليب المتبعة ومصـــادر البيانات. ومن المأمول في هذا الخصوص أن يفضي الفحص الدقيق لهذه النتائج واستخدامها إلى تحسن تدريجي في قياس مدى بلوغ الغايات الصحية فيما سيصدر مستقبلا من *التقـارير الخاصة بالصحة في العالم*. وجميع النتائج الرئيسية تم الإبلاغ عنها مع إتاحة فاصلة ارتياب من أجل أن يصل إلى المستخدم مجالاً من التقديرات التي تحظى بالرضا وبالقبول تم الإبلاغ عنها لكل بلد من البلدان ولكل مقياس على حدة. ولدى عرض البيانات موزعةً وفق البلـدان أرسلت التقديرات والشروح التقنية الأولية التي وضعتها المنظمة إلى الدول الأعضاء للتعليق عليها. وقد نوقشت التعليقات أو البيانات الواردة في الردود مع الدول الأعضاء وتم إدراجها كلما كان ذلك ممكناً. ومازال يتعين تفسير التقديرات الواردة هنا باعتبارها أفضل تقديرات للمنظمة وليست وجهة النظر الرسمية للدول الأعضاء.

الجدول 1 من الملحق

لتقييم المستويات العامة للأداء وللإنجازات الصحية من المهم إلى حـد بعيـد إعـداد أفضل تقييم لجداول الوفيات لكل بلد على حدة. وقد وضعت جداول الوفيات الجديدة لجميـع الدول الأعضاء البالغ عددها 191 دولة عضواً مع الابتداء باستعراض منهجي لجميع القرائن المتاحة من المسوحات ومن إحصاءات التعداد وعينات نظم التسجيل والمختبرات السـكانية والسجلات المدنية بشأن المستويات والاتجاهات السـائدة فـي معـدلات وفـيات الأطفال

والبالغين.[1] وقد استفاد هذا الاستعراض إلى حد بعيد مما أنجزته اليونيسيف من أعمال بشأن وفيات الأطفال[2] ومما أنجزه مكتب التعداد في الولايات المتحدة الأمريكية بشأن معدلات الوفيات العامة[3] ومن التقييم الديمغرافي لعام 2000 الذي أجرته شعبة السكان بالأمم المتحدة.[4] وتستند كل التقديرات الخاصة بأعداد السكان والتركيبة السكانية لعام 2000 إلى التقييم الديمغرافي لعام 2000 الذي أجرته شعبة السكان بالأمم المتحدة.[4] وتتعلق هذه التقديرات بالسكان المقيمين بالفعل وليس بتعداد السكان النظري في كل دولة من الدول الأعضاء. وللمساعدة في التحليلات السكانية والتحليلات الخاصة بأسباب الوفيات وعبء المرض قسمت الدول الأعضاء البالغ عددها 191 دولة عضواً إلى خمس مراتب للوفيات على أساس مستوى وفيات الأطفال (5q0) والبالغين الذكور فيها (45q15). وتقضي المصفوفة المحددة بأقاليم المنظمة الستة ومراتب الوفيات الخمس إلى 14 منطقة دون إقليمية نظراً لأن كل مرتبة وفيات ليست بالضرورة ممثلة في كل إقليم. واستخدمت هذه المناطق دون الإقليمية في الجدولين 2 و3 لعرض النتائج.

ونظراً لتزايد عدم تجانس أنماط وفيات البالغين والأطفال وضعت المنظمة نظاماً لجدول الوفيات النموذجي يتألف من جدولين لوغارتميين ثنابتيين (بارامتريين) للوفيات لاستخدام معيار عالمي مع إدراج متثابتات (بارامترات) إضافية خاصة بعمر محدد لتصحيح الانحرافات المنهجية في تطبيق النظام ذي المتثابتتين (البارامترين).[5] وقد استخدم هذا النظام المتمثل في جداول الوفيات النموذجية استخداما واسع النطاق في إعداد جداول الوفيات الخاصة للدول الأعضاء التي لا توجد فيها سجلات مدنية كافية، وفي تقدير جداول الوفيات لعام 2000 عندما تكون أحدث البيانات المتاحة خاصة بسنوات سابقة. والتفاصيل الخاصة بالبيانات والأساليب والنتائج حسب البلدان لتحليل جدول الوفيات هذا متاحة في الوثائق التقنية ذات الصلة[1]. وتتبع منظمة الصحة العالمية أسلوباً معيارياً لتقييم وتقدير جداول الوفيات لكل الدول الأعضاء ببيانات قابلة للموازنة. وقد يؤدي ذلك إلى وجود اختلافات بسيطة مقارنة بجداول الوفيات الرسمية التي تعدها الدول الأعضاء.

ولتحديد الارتياب الناجم عن أخذ العينات وتقنيات التقدير غير المباشر أو إسقاط البيانات على عام 2000 جرى إعداد ما مجموعه 1000 جدول من جداول الوفيات لكل دولة من الدول الأعضاء. وحدود الارتياب مبينة في الجدول 1 من الملحق بإيراد قيم جداول الوفيات الرئيسية عند الرقم المئيني العاشر والرقم المئيني التسعين. وقد تيسر هذا التحليل للارتياب باستحداث أساليب وأدوات حاسوبية جديدة.[6] أما في البلدان التي يستشري فيها وباء الإيدز فإن التقديرات الحديثة لمستوى تفشي وباء الإيدز وهامش الارتياب الذي يكتنفه قد أدرجت في تحليل الارتياب في جداول الوفيات.[7]

الجدولان 2 و3 من الملحق

قدّرت أسباب الوفاة في المناطق دون الإقليمية الأربع عشرة في العالم بناء على بيانات السجلات المدنية الوطنية التي تفيد بوفاة 17 مليون نسمة سنوياً. وبالإضافة إلى ذلك، استخدمت المعلومات المتاحة عن طريق نظم تسجيل العينات والمختبرات السكانية والتحليل الوبائي لأمراض معينة بهدف تقدير أنماط أسباب الوفاة.[6–8] وتضاعف المنظمة جهودها مع

الدول الأعضاء للحصول على بيانات السجلات المدنية الحديثة عن أسباب الوفاة والتحقق منها.

وقد تم تحليل البيانات الخاصة بأسباب الوفاة بعناية لمراعاة النقص في تغطية السجلات المدنية في البلدان، والفوارق المحتملة في أنماط أسباب الوفاة التي يمكن توقعها بالنسبة للفئات غير المشمولة التي تعاني من الفقر في الغالب. ولإجراء هذا التحليل استحدثت أساليب تقوم على دراسة عبء المرض العالمي[9] وتم صقل تلك الأساليب بتوسيع نطاق قاعدة البيانات وتعزيز الثقة بأساليب النمذجة الأكثر موثوقية.[10]

وحظيت باهتمام كبير مشاكل الخطأ في تحديد أسباب الوفاة والخطأ في تصنيفها مثل الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والإصابات والأمراض العامة غير المعرّفة جيداً. ووضع جدول لوغاريتمي تصحيحي لإعادة تصنيف رموز الأمراض القلبية الوعائية غير المعرّفة جيداً.[11] وسمحت بيانات السجلات المدنية والسجلات الخاصة بإصابة السكان بالسرطان بتحديد معدل الوفيات الناجمة عن السرطان بالنسبة لكل موقع. وقد حللت البيانات الواردة في تلك السجلات بالاستناد إلى نموذج واف للبقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بالسرطان في كل إقليم وفقا للسن والفترة.[8]

ويفيد الجدول 3 من الملحق بتقديرات عبء المرض بالاعتماد على معدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALY) كمقياس للفوارق الصحية في العالم في عام 2000. فمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز ومتوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد العجز هما مقياسان مختصران لتقييم مستوى صحة الناس.[12،13] ويمكن اعتبار السنة الواحدة من العمر المصححة باحتساب مدد العجز سنة مفقودة من سنوات الحياة "مع التمتع بالصحة"، واعتبار عبء المرض مقياسا للفارق بين الصحة الحالية للناس وبين الحالة المثالية التي يعيش فيها كل فرد عمراً مديداً مع تمتعه بالصحة الكاملة. وتحسب سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز فيما يتعلق بمرض ما أو اعتلال صحي ما بوصفها سنوات العمر الضائعة نتيجة الوفاة (YLL) في المجموعة السكانية المحددة، والسنوات الضائعة نتيجة العجز (YLD) فيما يتعلق بحدوث اعتلال في الصحة. ولأغراض استعراض تطور مقياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، والتطورات الحديثة في قياس عبء المرض، يمكن الرجوع إلى Murray & Lopez.[14] من أجل استعراض أوفى للقضايا الخاصة بالمفاهيم ولسائر القضايا التي تركز على المقاييس المختزلة لصحة السكان يمكن الرجوع إلى Murray et al.[13] وقد قُدرت سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لعام 2000 على أساس المعلومات الخاصة بأسباب الوفيات في كل إقليم والتقييمات الإقليمية لوبائيات الأمراض الرئيسية المؤدية إلى العجز. وفيما يتعلق بهذا التقرير تم تحديث تقديرات عبء المرض بالنسبة إلى الكثير من فئات الأسباب الواردة في دراسة العبء العالمي للمرض لعام 2000، وعلى أساس البيانات المتاحة للبرامج التقنية للمنظمة بشأن الأمراض والإصابات الرئيسية ومن خلال التعاون مع العلماء في جميع أنحاء العالم.[15] ومن الأمثلة في هذا السياق، مجموعات البيانات الواسعة النطاق عن السل وأمراض الأمومة والإصابات والسكري والسرطان وحالات العدوى المنقولة جنسياً. وقد استخدمت هذه البيانات، إلى جانب تقديرات جديدة ومنقحة للوفيات حسب السبب والسن والجنس لكل الدول الأعضاء، في وضع

تقديرات منسجمة ومتماشية داخلياً مع معدلات حدوث الأمراض وانتشارها ومدتها وسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لما يزيد على 130 سبباً رئيسياً، و14 منطقة دون إقليمية في العالم.

الجدول 4 من الملحق

يورد الجدول 4 من الملحق متوسط مستوى صحة السكان في الدول الأعضاء في المنظمة من حيث متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة. وبالاستناد إلى ما يربو على 15 عاما من العمل أخذت المنظمة في *التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000*[16،17] بمتوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد العجز (DALE) كمقياس مختصر لمستوى الصحة الذي بلغه السكان ولبيان إدراج كل الحالات الصحية على نحو أفضل في حساب متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة، غُيرت تسمية المؤشر المستخدم *لقياس متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة* من *متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد العجز* (DALE) *إلى متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التمتع بالصحة* (HALE). ويقوم هذا المؤشر على متوسط العمر المأمول عند الميلاد (انظر الجدول 1 من الملحق) ولكنه يتضمن تصحيحا للمدد التي يقضيها الفرد وهو فريسة للمرض. ومن اليسير للغاية فهم هذا المؤشر على أنه العدد المعادل للسنوات المُعاشة في صحة تامة والتي يمكن توقع أن يحياها المواليد الجدد على أساس المعدلات الحالية لاعتلال الصحة والوفاة.

ويعتمد *قياس المدد التي يقضيها الفرد وهو فريسة للمرض* على تجميع تقديرات خاصة بأمراض محددة من دراسة عبء المرض العالمي لعام 2000 مع تقديرات انتشار مختلف الحالات الصحية حسب السن والجنس والمستمدة من المسوحات التي تجريها المنظمة.[18] وتجرى المسوحات الأسرية الممثلة للواقع في نحو 70 بلداً باستخدام أداة جديدة قائمة على التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والصحة والعجز،[19] وهي تسعى إلى الحصول على معلومات من عينات تضم الأشخاص الذين يردون على الاستبيانات وهي ممثلة للواقع بشأن حالاتهم الصحية الراهنة طبقاً لسبعة مجالات أساسية.[20] وحُددت هذه المجالات من خلال استعراض موسع لما هو متاح حاليا من أدوات قياس الحالة الصحية.

وقد بينت التحليلات التي أجريت لما يزيد على 50 مسحاً صحياً وطنياً من أجل حساب متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة في *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2000* وجود مشاكل خطيرة فيما يتعلق بالقدرة على مقارنة المعطيات الخاصة بالتقييم الذاتي للحالة الصحية والمتعلقة بمختلف الفئات السكانية حتى عند استخدام طرق وأساليب مماثلة لإجراء المسوحات.[17، 21] وللتغلب على هذه المشكلة تستخدم الأدوات التي طورتها المنظمة لإجراء المسوحات حول اختبارات أداء ونماذج تكفل معيارية (قياسية) التقييم الذاتي للحالة الصحية بشأن مجالات مختارة مثل الإدراك والقدرة على التحرك والإبصار. وتقوم المنظمة بتطوير عدة أساليب إحصائية لتصحيح الانحرافات التي تنجم عن التقييم الذاتي للحالة الصحية، باستخدام هذه البيانات على أساس نموذج وحدة احتمال هرمي الترتيب (HOPIT).[22] وتستخدم الاستجابات المعايرة (القياسية) في تقدير معدل الانتشار الحقيقي لمختلف الحالات الصحية حسب السن والجنس.

وتستند مجالات الارتياب فيما يخص متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة، في الجدول 4 من الملحق، إلى الرقم المئيني العاشر والرقم الميئني التسعين لتوزعات الارتياب ذات الصلة.[23] وبهذا تحدد هذه المجالات 80% من هوامش الارتياب في التقديرات. والارتياب في متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التمتع بالصحة يعتمد على الارتياب في قياس الوفيات في أعمار محددة بكل بلد من البلدان، والارتياب لعبء المرض المحسوب على أساس معدلات انتشار العجز على المستوى القطري، والارتياب في معدلات انتشار الحالة الصحية والمستمدة من المسوحات الصحية.

ولا يمكن مقارنة تقديرات متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة لعام 2000 مقارنة مباشرة مع التقديرات المنشورة في التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 1999 لأنها تشتمل على معلومات وبائية جديدة وبيانات جديدة مستقاة من المسوحات الصحية ومعلومات جديدة عن معدلات الوفيات، وتشتمل كذلك على تحسينات في الأساليب المتبعة.

وقد أسفرت القرائن الجديدة المأخوذة من دراسة المنظمة للمسوحات الأسرية المتعددة البلدان عن زيادة عامة في معدلات الانتشار التي أخذت بالحسبان الشدة، وزيادة فيما يتعلق بالإناث بالنسبة إلى الذكور؛ ومن ثم فقد أسفرت عن انخفاض في تقديرات متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التمتع بالصحة (HALE). وقد حدث هذا الأثر في كل الدول الأعضاء، وعلى المستوى العالمي انخفض هذا المتوسط عند الميلاد من التقدير السابق الذي كان 56.8 سنة في عام 1999 إلى التقدير الحالي الذي أصبح 56.0 سنة لعام 2000. وفيما يخص بعض الدول الأعضاء، حدثت أيضاً تغيرات في تقديرات متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التمتع بالصحة (HALE) نتيجة المعلومات الجديدة المعطاة عن معدلات الوفيات الخاصة بأعمار معينة.

الجدول 5 من الملحق

إن الحسابات الصحية الوطنية تم تصميمها لكي تكون أداة ملائمة للسياسات ووافية ومتسقة وفورية وموحدة قياسيا لاقتفاء مستويات واتجاهات استهلاك السلع والخدمات الصحية (أسلوب الإنفاق) ، والقيمة المضافة المتأتية من صناعة الخدمات وصناعة الإنتاج اللتين تجهزان هذه السلع (أسلوب الإنتاج) والدخل الذي تولده هذه العملية وكذلك الضرائب والاشتراكات الإلزامية وأقساط التأمين والإنفاق المباشر، وهي مصادر تمول النظام (أسلوب الدخل). ومرحلة التطور التي بلغتها حالياً الحسابات الصحية الوطنية الموجزة الأولية المنظمة تجنح أكثر إلى قياس التدفقات المالية.

والتقديرات المبينة هي تقديرات للإنفاق المحسوب وللحجم فقط. وجميع التقديرات تقديرات أولية.

وكما هو الشأن في عملية محاسبة كل النظم يُحتمل إجراء تعديلات كبيرة في "بيانات الجولة الأولى" في مراحل لاحقة من عملية المحاسبة. وقد أجريت مراجعة شاملة للتقديرات الأولية لعام 1997 على ضوء الإحصاءات وسائر البيانات التي أتيحت بعد إعداد *التقرير الخاص بالصحة في العالم*، 2000.

ويشمل *إنفاق القطاع العام على الصحة* نفقات التشغيل والنفقات الرأسمالية للحكومة الوطنية (السلطات المركزية/ الاتحادية، والسلطات الإقليمية/ سلطات المقاطعات/ سلطات الدولة، والسلطات المحلية/ البلدية) بالإضافة إلى برامج الضمان الاجتماعي التي يعد الانضمام إليها أمراً إلزامياً لنسبة كبيرة من السكان، واعتمادات من خارج الميزانية تُرصد لتقديم الخدمات الصحية أو تمويلها. وهي تشمل المنح والقروض المقدمة من الوكالات الدولية وسائر الهيئات الوطنية وأحيانا المصارف التجارية.

أما *إنفاق القطاع الخاص على الصحة* فيشمل نظم التأمين الصحي وخطط الرعاية الطبية المسبقة السداد، والخدمات المقدمة أو الممولة من الشركات (غير الاشتراكات في الضمان الاجتماعي وخطط السداد المسبق) سواء كانت إلزامية أو غير إلزامية، والنفقات التي تتحملها المنظمات غير الحكومية والمؤسسات التي لا تستهدف الربح التي تخدم الأسر أساساً، والإنفاق المباشر، وسائر المخططات الممولة من القطاع الخاص وغير المصنفة في أي موضع آخر، بما في ذلك نفقات الاستثمار.

والتمويل المقصود من *الضمان الاجتماعي* للإنفاق على الصحة هو التمويل المتأتي من اشتراكات أرباب العمل والموظفين باستثناء المدفوعات والمعونات المحولة من الحكومة إلى مؤسسات الضمان الاجتماعي وهي تدفقات مالية ممولة من الضرائب، ولا يُتوصل إلى هذا التقدير الخاص، جزئيا، إلا في وجود هذه الحالة من المحاسبة الصحية.

وكثيراً ما توجه *مساهمة الموارد الخارجية* في تمويل النظم الصحية إلى برامج القطاع العام ولكنها تشمل التحويلات إلى برامج القطاع الخاص الذي لا يمكن معرفة حجمه. ونسبة الموارد الخارجية التي يمكن تتبعها والتي تقل عن 0.05% من إنفاق القطاع العام على الصحة، إلى جانب بضعة وجوه موجبة للإنفاق بدون معرفة مبالغها الحقيقية، أشير إليها بما يلي "...".

ويوجه جزء من *النفقات الممولة من الضرائب* في بعض البلدان إلى السداد المسبق للقروض المتعاقد عليها فيما يخص الصحة، والتي لا يمكن فصلها على الدوام عن الإنفاق المباشر على تقديم الخدمات الصحية وإدارتها.

ولأغراض تتعلق بالجدول 5 من الملحق أضيفت مخططات أخرى للسداد المسبق في القطاع الخاص، لا تعتمد بصورة صارمة على العقود ذات الصلة بالمخاطر، إلى *التأمين الخاص* كشكل آخر من أشكال توزيع المخاطر. ولا يدل رقم صفر الوارد في ذلك العمود بالضرورة على عدم وجود وسطاء ماليين من هذا القبيل ولعله يعني فقط أنه في ظل عدم وجود البيانات يتجمع هذا النوع من التمويل مع النفقات المباشرة. وفي حالة وجود وجوه إنفاق موجبة مشكوك فيها دون قرينة كمية تدل عليها استخدمت "...".

وتشمل *مدفوعات الإنفاق المباشر* (OOP)، قدر الإمكان، المستقطعات والسداد المشترك في إطار الضمان الاجتماعي، وسائر نظم السداد المسبق والتكاليف الأخرى التي تتحملها الأسر دون خصم الاستقطاعات في إطار ترتيب خاص أو عام، وسائر المخططات الخاصة للسداد المسبق.

وعندما لا تتوافر أي معلومات فيما يتعلق *بالتأمين الخاص والمنظمات غير الحكومية* (NGO) و/ أو *الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية* تضخم الفجوات مبالغ الإنفاق

المباشر. وقد لا تؤدي مخططات التأمين الخاص والإنفاق المباشر إلى ازدياد تقديرات إنفاق القطاع العام على الصحة.

وأسعار الصرف هي متوسط أسعار الصرف الملاحظة التي تتداول بها العملات في النظام المصرفي ويعبر عن قيمتها بالدولار الأمريكي. وتستمد التقديرات الدولية لأسعار صرف الدولار بقسمة وحدات العملة المحلية على القيمة المقدرة لمعادل قوتها الشرائية مقابل الدولار الأمريكي. ومعادل القوة الشرائية هو سعر تحويل العملة الذي يعادل القوة الشرائية لمختلف العملات باستبعاد الفروق بين البلدان في مستويات الأسعار.

وتتبع مستويات الناتج المحلي الإجمالي GDP في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي الحسابات الوطنية القياسية الجديدة (SNA93) والحسابات الوطنية القياسية المستمدة من الأمم المتحدة ومن الإصدارات الخاصة بالحسابات الوطنية القياسية الجديدة (SNA93) لصندوق النقد الدولي إذا ما تحولت الوكالات الإحصائية في الدول الأعضاء إلى الأخذ بالمفاهيم والتعاريف الجديدة. وفيما يخص البلدان غير الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، حيث توجد فروق بين الأمم المتحدة وصندوق النقد الدولي والبنك الدولي، تجسد الأرقام المبلغة أكثر الاتجاهات مقبولية.

ولأغراض إحصائية لا تشمل البيانات الخاصة بالصين البيانات الخاصة بالإقليم الإداري الخاص بهونغ كونغ والإقليم الإداري الخاص بماكاو. وبالنسبة إلى الأردن استُبعدت البيانات الخاصة بالأراضي الخاضعة للاحتلال الإسرائيلي منذ عام 1967.

مصادر البيانات

الإنفاق الصحي (الممول من القطاع العام والقطاع الخاص والضمان الاجتماعي ومن الضرائب ومن مصادر خارجية ونظم التأمين الخاص والإنفاق المباشر): سجلات بيانات الحسابات الصحية الوطنية لمنظمة الصحة العالمية ، المعدة على أساس البيانات الصحية *لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي لعام 2001 ؛* وحسابات الإنفاق الصحي الوطنية في عدة دول أعضاء؛ *والإحصاءات المالية الحكومية لصندوق النقد الدولي؛ والحسابات الوطنية* للأمم المتحدة، الجدولان 2-1 و2-5 اللذان يشملان عام 1998؛ ومؤشرات التنمية للبنك الدولي؛ *والكتب السنوية الإحصائية* الوطنية وسائر التقارير المحتوية على تقديرات متسقة مع المبادئ الأساسية للبيانات المستقاة من المصادر المذكورة؛ والمسوحات الأسرية؛ وتقديرات أمانة منظمة الصحة العالمية والمراسلات مع المسؤولين في الدول الأعضاء.

الناتج المحلي الإجمالي: *الحسابات الوطنية* للأمم المتحدة، *والإحصاءات المالية* الدولية لصندوق النقد الدولي، *ومؤشرات التنمية العالمية* للبنك الدولي، *والحسابات الوطنية* لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.

النفقات الحكومية العامة: *الحسابات الوطنية* للأمم المتحدة، الجدول 1-4 الذي يشمل عام 1998؛ *والحسابات الوطنية* لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، المجلد الثاني، الجدولان 5 و6؛ والإحصاءات المالية الدولية لصندوق النقد الدولي، مدفوعات

الحكومة المركزية المجمعة لتشمل السلطات الإقليمية والمحلية حيثما أمكن.

أسعار الصرف: *الإحصاءات المالية الدولية* لصندوق النقد الدولي. جرى تقدير معادلات القوة الشرائية باتباع أساليب مماثلة للأساليب التي يتبعها البنك الدولي. واستندت تقديرات معادلات القوة الشرائية إلى دراسات مقارنة الأسعار لعام 1996 حيثما وجدت. وفيما يتعلق بالبلدان الأخرى، جرى تقديرها عن طريق نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالدولار الأمريكي، ومضاعفات تسوية الاختلافات الناجمة عن اختلاف مقر العمل المعمول بها في الأمم المتحدة، ومتغيرات مفترضة جغرافية أخرى. وأعدت إسقاطات لعام 1998 باستخدام المعدل الفعلي لنمو الناتج المحلي الإجمالي مع تسوية معدل التضخم في الولايات المتحدة الأمريكية باستخدام معاملات الانكماش في الناتج المحلي الإجمالي للولايات المتحدة الأمريكية.

[1] Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Inoue M, Ferguson B (2001). *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 40).

[2] Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G (1999). *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996.* New York, UNICEF.

[3] United States Bureau of the Census: International database available at http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html

[4] *World population prospects: the 2000 revision* (2001). New York , United Nations.

[5] Murray CJL, Ferguson B, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O (2001). *Modified-logit life table system: principles, empirical validation and application.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 39).

[6] Murray CJL, Salomon JA (1998). Modeling the impact of global tuberculosis control strategies. *Proceedings of the National Academy of Science of the USA,* 95(23): 13881–13886.

[7] Salomon JA, Murray CJL (2001). Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinics. *Bulletin of the World Health Organization* 79(7): 596–607.

[8] Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Boschi-Pinto C (2001). *Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 13).

[9] Murray CJL, Lopez AD, eds (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).

[10] Salomon JA, Murray CJL (2000). *The epidemiological transition revisited: new compositional models for mortality by age, sex and cause.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 11, revised edition).

[11] Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T (2001). *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 12).

[12] Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD (2000). A critical examination of summary measures of population health. *Bulletin of the World Health Organization,* 78: 981–994.

[13] Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, eds (forthcoming in 2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications.* Geneva, World Health Organization.

[14] Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics,* 9: 69–82.

[15] Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C (2001). *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 36).

[16] World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance.* Geneva, World Health Organization.

[17] Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet,* 357(9269): 1685–1691.

[18] Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Üstün TB, Chatterji S. (2001). *Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results.* Geneva, World Health Organization (GPE discussion paper No. 38).

[19] World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF).* Geneva, World Health Organization.

[20] Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Sadana R, Valentine N, Mathers CD, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Yang C, Xie Wan J, Murray CJL. *WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness, 2000-2001* (2001). Geneva, World Health Organization (GPE discussion paper No. 37).

[21] Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL (2000). *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 15).

[22] Murray CJL, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD (2000). *Enhancing cross-population comparability of survey results.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 35).

[23] Salomon JA, Murray CJL, Mathers CD(2000). *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis.* Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 10).

الجدول 1 من الملحق المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء

	الدولة العضـــو	التقديرات السكانية: مجموع السكان (بالآلاف)	معدل النمو السنوي (بالنسبة المئوية)	نسبة الإعالة (في المائة)		النسبة المئوية لمن تجاوز سن الستين من السكان		معدل الخصوبة الإجمالي	
		2000	2000-1990	1990	2000	1990	2000	1990	2000
1	الاتحاد الروسي	145 491	0.2	49	44	16.0	18.5	1.8	1.2
2	إثيوبيا	62 908	2.8	90	93	4.5	4.7	6.9	6.8
3	أذربيجان	8 041	1.1	61	56	8.0	10.5	2.7	1.7
4	الأرجنتين	37 032	1.3	65	60	12.9	13.3	2.9	2.5
5	الأردن	4 913	4.2	100	75	4.8	4.5	5.6	4.5
6	أرمينيا	3 787	0.7	56	48	10.0	13.2	2.3	1.2
7	إريتريا	3 659	1.7	88	88	4.4	4.7	6.2	5.5
8	أسبانيا	39 910	0.2	50	46	19.2	21.8	1.4	1.1
9	أستراليا	19 138	1.3	49	49	15.5	16.3	1.9	1.8
10	إستونيا	1 393	1.2-	51	47	17.2	20.2	1.9	1.2
11	إسرائيل	6 040	3.0	68	62	12.4	13.2	3.0	2.8
12	أفغانستان	21 765	4.8	88	86	4.7	4.7	7.1	6.9
13	إكوادور	12 646	2.1	76	63	6.1	6.9	3.8	2.9
14	ألبانيا	3 134	0.5-	62	56	7.8	9.0	3.0	2.4
15	ألمانيا	82 017	0.3	45	47	20.4	23.2	1.4	1.3
16	الإمارات العربية المتحدة	2 606	2.6	45	40	2.5	5.1	4.2	3.0
17	أنتيغوا وبربودا	65	0.3	64	57	9.1	9.9	1.9	1.6
18	أندورا	86	5.0	35	37	14.4	15.6	1.4	1.2
19	إندونيسيا	212 092	1.5	66	55	6.2	7.6	3.3	2.4
20	أنغولا	13 134	3.2	100	104	4.7	4.5	7.2	7.2
21	أوروغواي	3 337	0.7	60	60	16.4	17.2	2.5	2.3
22	أوزبكستان	24 881	1.9	82	69	6.5	7.1	4.0	2.6
23	أوغندا	23 300	3.1	103	107	4.1	3.8	7.1	7.1
24	أوكرانيا	49 568	0.5-	51	46	18.5	20.5	1.8	1.2
25	أيرلندا	3 803	0.8	63	49	15.1	15.2	2.1	2.0
26	أيسلندا	279	0.9	55	54	14.6	15.1	2.2	2.0
27	إيطاليا	57 530	0.1	45	48	21.1	24.1	1.3	1.2
28	بابوا غينيا الجديدة	4 809	2.5	79	74	4.2	4.1	5.1	4.5
29	باراغواي	5 496	2.7	84	75	5.4	5.3	4.7	4.0
30	باكستان	141 256	2.6	83	83	5.5	5.8	6.0	5.3
31	بالاو	19	2.3	69	76	6.0	6.8	2.6	2.8
32	البحرين	640	2.7	51	45	3.8	4.7	3.7	2.5
33	البرازيل	170 406	1.4	64	51	6.7	7.8	2.7	2.2
34	بربادوس	267	0.4	57	45	15.3	13.4	1.7	1.5
35	البرتغال	10 016	0.1	51	48	19.0	20.8	1.6	1.5
36	بروني دار السلام	328	2.5	59	54	4.1	5.1	3.2	2.7
37	بلجيكا	10 249	0.3	49	52	20.5	22.1	1.6	1.5
38	بلغاريا	7 949	0.9-	50	47	19.1	21.7	1.7	1.1
39	بليز	226	2.0	94	74	6.1	6.0	4.4	3.2
40	بنغلاديش	137 439	2.2	82	72	4.8	4.9	4.6	3.7
41	بنما	2 856	1.8	67	58	7.3	8.1	3.0	2.5
42	بنين	6 272	3.0	106	96	4.8	4.2	6.7	5.9
43	بوتان	2 085	2.1	85	89	6.0	6.5	5.8	5.3
44	بوتسوانا	1 541	2.2	95	82	3.6	4.5	5.1	4.1
45	بوركينا فاصو	11 535	2.5	108	108	5.2	4.8	7.3	6.8
46	بوروندي	6 356	1.2	93	102	4.7	4.3	6.8	6.8
47	البوسنة والهرسك	3 977	0.8-	43	41	10.4	14.9	1.7	1.3
48	بولندا	38 605	0.1	54	46	14.9	16.6	2.0	1.4
49	بوليفيا	8 329	2.4	81	77	5.8	6.2	4.9	4.1
50	بيرو	25 662	1.8	73	62	6.1	7.2	3.7	2.8
51	بيلاروس	10 187	0.1-	51	47	16.5	18.9	1.8	1.2
52	تايلند	62 806	1.4	56	47	6.2	8.1	2.3	2.1
53	تركمانستان	4 737	2.6	79	72	6.2	6.5	4.3	3.4
54	تركيا	66 668	1.7	65	56	7.1	8.4	3.4	2.5
55	ترينيداد وتوباغو	1 294	0.6	66	46	8.7	9.6	2.4	1.6

تابع الجدول 1 من الملحق   المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء

	احتمال الوفيات (لكل ألف)								متوسط العمر المأمول مقدرا وقت الولادة (بالسنوات)			
	دون 5 سنوات				15-59 سنة							
	الذكور		الإناث		الذكور		الإناث		الذكور		الإناث	
	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين
1	23	25–22	17	19–16	428	453–394	156	161–143	59.4	60.8–58.4	72.0	73.0–71.6
2	187	215–155	171	197–142	594	684–485	535	624–431	42.8	48.3–39.0	44.7	50.5–40.5
3	101	121–82	88	106–71	261	290–231	153	172–134	61.7	64.2–59.2	68.9	71.3–66.6
4	24	27–22	20	23–19	184	190–178	92	96–88	70.2	70.6–69.8	77.8	78.3–77.3
5	25	29–21	22	25–17	199	217–178	144	148–128	68.5	70.0–67.4	72.5	73.8–72.1
6	56	62–50	38	44–32	223	233–213	106	118–96	64.4	65.0–63.8	71.2	72.2–70.2
7	142	153–129	130	142–119	493	554–422	441	499–375	49.1	52.6–46.6	51.0	54.6–48.3
8	6	7–6	5	6–5	122	128–118	49	51–47	75.4	75.8–74.7	82.3	82.6–82.0
9	7	8–6	5	6–4	100	103–95	54	58–51	76.6	77.1–76.3	82.1	82.5–81.7
10	14	16–12	9	12–8	316	328–302	114	122–100	65.4	66.1–64.8	76.5	77.8–75.6
11	8	8–7	6	7–5	99	102–96	56	58–53	76.6	76.9–76.3	80.6	81.0–80.3
12	252	301–202	249	299–199	437	529–341	376	473–280	44.2	50.1–38.5	45.1	51.7–39.2
13	41	44–36	33	36–30	199	208–189	120	127–114	68.2	68.9–67.5	74.2	74.8–73.6
14	47	57–37	40	50–31	209	227–191	95	107–85	64.3	65.7–62.8	72.9	74.1–71.6
15	6	7–6	5	6–4	127	131–122	60	63–58	74.3	74.8–74.0	80.6	80.9–80.3
16	16	19–13	14	16–11	143	157–128	93	102–84	72.3	73.5–71.2	76.4	77.7–75.4
17	25	30–20	22	27–17	183	200–165	133	147–118	71.8	73.1–70.5	76.6	77.9–75.4
18	5	7–3	4	6–2	105	137–71	41	61–21	77.2	81.7–74.4	83.8	89.5–80.2
19	61	68–54	49	55–43	250	266–232	191	205–177	63.4	64.6–62.4	67.4	68.5–66.4
20	217	242–192	198	220–175	492	565–412	386	452–317	44.3	47.9–40.8	48.3	52.0–44.9
21	19	21–18	14	16–13	185	188–182	89	92–86	70.0	70.3–69.8	77.9	78.2–77.5
22	69	72–64	57	60–52	282	290–270	176	185–165	62.1	62.9–61.6	68.0	68.9–67.3
23	165	178–148	151	165–138	617	686–531	567	637–486	43.5	47.3–40.8	44.6	48.7–41.7
24	18	19–17	13	14–12	365	378–353	135	140–129	62.6	63.1–62.0	73.3	73.8–72.9
25	6	7–6	5	6–5	108	114–103	62	65–60	74.1	74.5–73.6	79.7	80.0–79.3
26	5	8–3	5	6–3	85	95–75	51	59–43	77.1	78.6–75.7	81.8	83.9–80.5
27	7	8–6	6	7–6	110	113–107	53	56–52	76.0	76.3–75.6	82.4	82.7–82.0
28	118	134–85	109	124–74	359	395–336	329	370–310	55.1	57.7–52.8	57.5	60.0–54.8
29	35	38–28	31	35–25	173	189–157	129	147–115	70.2	71.5–69.0	74.2	75.7–72.4
30	120	134–104	132	139–109	221	237–192	198	227–179	60.1	62.5–58.6	60.7	63.1–58.6
31	26	32–18	22	30–16	264	285–255	183	200–163	64.7	65.2–63.6	69.3	70.3–68.4
32	11	15–7	8	12–5	120	130–110	93	103–83	72.7	73.9–71.9	74.7	75.8–73.7
33	49	58–41	42	49–35	259	282–240	136	155–120	64.5	65.7–63.0	71.9	73.5–70.2
34	13	16–9	13	16–10	180	200–161	122	134–110	71.6	72.8–70.4	77.7	78.9–76.6
35	10	11–9	7	8–6	164	169–161	66	70–64	71.7	72.0–71.4	79.3	79.8–78.8
36	12	15–10	7	10–6	144	163–128	97	110–85	73.4	74.8–72.1	78.7	80.3–77.3
37	8	9–7	6	7–5	128	132–124	67	70–62	74.6	75.0–74.2	80.9	81.3–80.5
38	22	24–20	17	19–16	239	249–235	103	106–98	67.4	67.6–66.8	74.9	75.4–74.6
39	37	40–30	32	35–28	200	216–185	124	132–120	69.1	70.3–68.0	74.7	75.2–74.0
40	91	101–81	93	103–83	262	290–235	252	276–227	60.4	62.3–58.6	60.8	62.6–59.1
41	28	31–24	22	27–21	145	155–136	93	98–90	71.5	72.2–70.7	76.3	76.7–75.8
42	162	168–153	151	158–143	384	408–356	328	350–297	51.7	53.0–50.4	53.8	55.8–52.5
43	93	112–72	92	113–73	268	325–213	222	271–173	60.4	64.4–57.0	62.5	66.3- 58.9
44	85	100–70	83	102–73	703	738–660	669	696–637	44.6	47.1–42.4	44.4	46.5–42.3
45	217	222–212	206	211–201	559	573–544	507	520–493	42.6	43.4–42.0	43.6	44.4–42.9
46	196	221–172	183	208–158	648	700–586	603	657–538	40.6	43.7–37.7	41.3	45.5–38.2
47	21	26–17	16	22–13	200	224–166	93	108–80	68.7	70.7–67.4	74.7	76.0–73.3
48	12	13–11	11	12–9	226	232–222	88	92–84	69.2	69.5–68.9	77.7	78.2–77.2
49	88	96–81	80	80–66	264	292–239	219	236–189	60.9	62.4–59.1	63.6	65.9–62.7
50	53	56–48	48	52–44	190	201–178	139	151–128	66.7	67.6–65.9	71.6	72.7–70.4
51	17	21–13	12	15–9	381	401–362	133	143–123	62.0	62.9–61.0	74.0	74.9–73.2
52	35	38–31	32	35–28	245	260–230	150	164–130	66.0	67.1–65.0	72.4	74.2–71.1
53	59	66–54	52	60–49	343	353–328	217	224–201	60.0	60.8–59.3	64.9	66.0–64.3
54	49	52–45	45	48–41	218	220–201	120	126–107	66.8	68.0–66.6	72.5	74.0–71.9
55	16	22–13	13	18–10	209	229–176	133	144–124	68.5	70.5–67.4	73.8	74.7–72.8

الجدول 1 من الملحق المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء

	الدولة العضو	مجموع السكان (بالآلاف)	معدل النمو السنوي بالنسبة المئوية	التقديرات السكانية: نسبة الإعالة (في المائة)		النسبة المئوية لمن تجاوز سن الستين من السكان		معدل الخصوبة الإجمالي	
		2000	2000-1990	1990	2000	1990	2000	1990	2000
56	تشاد	7 885	3.1	95	98	5.3	4.9	6.7	6.7
57	توغو	4 527	2.7	95	90	4.8	4.9	6.3	5.6
58	توفالو	10	1.5	70	65	5.7	6.8	3.5	2.8
59	تونس	9 459	1.5	72	55	6.6	8.4	3.6	2.2
60	تونغا	99	0.3	70	65	5.7	6.8	4.8	3.8
61	جامايكا	2 576	0.8	74	63	10.0	9.6	2.8	2.4
62	الجزائر	30 291	2.0	84	64	5.7	6.0	4.5	3.0
63	جزر البهاما	304	1.8	59	54	6.7	8.0	2.6	2.4
64	جزر سليمان	447	3.5	95	90	4.6	4.2	5.9	5.4
65	جزر القمر	706	3.0	98	84	4.1	4.2	6.2	5.2
66	جزر كوك	20	0.7	70	65	5.7	6.8	4.2	3.3
67	جزر مارشال	51	1.4	69	76	6.0	6.8	5.6	5.9
68	الجماهيرية العربية الليبية	5 290	2.1	86	60	4.2	5.5	4.9	3.6
69	جمهورية أفريقيا الوسطى	3 717	2.4	90	89	6.3	6.1	5.6	5.1
70	جمهورية إيران الإسلامية	70 330	1.9	89	69	4.7	5.2	5.0	3.0
71	الجمهورية التشيكية	10 272	0.0	51	43	17.7	18.4	1.8	1.2
72	جمهورية تنزانيا المتحدة	35 119	3.0	96	90	3.7	4.0	6.1	5.3
73	الجمهورية الدومينيكية	8 373	1.7	72	61	5.4	6.6	3.4	2.8
74	الجمهورية العربية السورية	16 189	2.7	102	78	4.4	4.7	5.7	3.8
75	جمهورية الكونغو الديمقراطية	50 948	3.3	100	107	4.6	4.5	6.7	6.7
76	جمهورية فنزويلا البوليفارية	24 170	2.2	72	63	5.7	6.6	3.5	2.9
77	جمهورية كوريا	46 740	0.9	45	39	7.7	11.0	1.6	1.5
78	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	22 268	1.1	47	48	7.6	10.0	2.4	2.1
79	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	5 279	2.5	91	86	6.1	5.6	6.1	5.1
80	جمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة	2 034	0.6	51	48	11.5	14.4	2.0	1.7
81	جمهورية مولدوفا	4 295	0.2–	57	48	12.8	13.7	2.4	1.5
82	جنوب أفريقيا	43 309	1.8	71	60	5.0	5.7	3.6	3.0
83	جورجيا	5 262	0.4–	51	50	15.0	18.7	2.1	1.5
84	جيبوتي	632	2.3	82	87	4.1	5.5	6.3	5.9
85	الدانمرك	5 320	0.3	48	50	20.4	20.0	1.6	1.7
86	دومينيكا	71	0.1–	64	57	9.1	9.9	2.2	1.8
87	الرأس الأخضر	427	2.3	93	78	7.0	6.5	4.3	3.4
88	رواندا	7 609	1.2	99	88	4.1	4.2	6.9	6.0
89	رومانيا	22 438	0.3–	51	46	15.7	18.8	1.9	1.3
90	زامبيا	10 421	2.6	95	98	4.4	4.5	6.3	5.9
91	زمبابوي	12 627	2.1	95	94	4.6	4.7	5.8	4.8
92	ساموا	159	0.1–	80	84	6.1	6.8	4.8	4.4
93	سانت فنسنت وغرينادين	113	0.7	64	57	9.1	9.9	2.3	1.9
94	سانت كيتس ونيفيس	38	0.8–	64	57	9.1	9.9	2.8	2.4
95	سانت لوسيا	148	1.2	78	61	8.8	7.8	3.4	2.6
96	ساو تومي وبرينسيبي	138	1.9	93	78	7.0	6.5	6.3	6.1
97	سان مارينو	27	1.4	45	48	21.1	24.1	1.7	1.5
98	سري لانكا	18 924	1.1	59	48	8.0	9.3	2.6	2.1
99	السلفادور	6 278	2.1	82	68	6.4	7.2	3.7	3.0
100	سلوفاكيا	5 399	0.3	55	45	14.8	15.4	2.0	1.3
101	سلوفينيا	1 988	0.4	45	42	17.1	19.2	1.5	1.2
102	سنغافورة	4 018	2.9	37	41	8.4	10.6	1.7	1.5
103	السنغال	9 421	2.5	94	88	4.7	4.2	6.3	5.3
104	سوازيلند	925	1.9	90	82	4.9	5.3	5.6	4.6
105	السودان	31 095	2.3	83	77	5.0	5.5	5.5	4.7
106	سورينام	417	0.4	68	56	6.8	8.1	2.7	2.1
107	السويد	8 842	0.3	56	55	22.8	22.4	2.0	1.4
108	سويسرا	7 170	0.5	45	48	19.1	21.3	1.5	1.4
109	سيراليون	4 405	0.8	87	89	5.0	4.8	6.5	6.5
110	سيشيل	80	1.5	54	47	8.3	9.0	2.2	1.9

الجدول 1 من الملحق المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء

	احتمالية الوفاة (لكل ألف)								متوسط العمر المأمول عند الميلاد (بالسنوات)			
	دون 5 سنوات				15-59 سنة							
	الذكور		الإناث		الذكور		الإناث		الذكور		الإناث	
	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين
56	192	202–182	171	181 161	440	471–429	361	381-340	47.4	48.7-46.1	51.1	52.6-49.7
57	138	149–124	121	133-108	460	519-392	406	460-344	50.5	54.0-48.1	53.0	56.6-50.5
58	43	55–30	40	50-30	262	287-242	198	227-182	63.6	64.8-62.0	67.6	68.7-65.7
59	29	32-24	34	40-31	169	182-158	99	113-91	69.2	70.0-68.3	73.4	74.3-71.9
60	29	33-24	19	23-15	226	236-211	159	160-145	67.4	68.3-66.8	72.9	73.9 72.6
61	17	20-14	14	17-11	169	180-147	127	140-110	72.8	74.7-72.0	76.6	78.3-75.3
62	54	63-44	47	56-38	155	168-141	119	132-106	68.1	69.4-66.9	71.2	72.4-69.9
63	14	20-10	12	18-9	267	281-252	161	173-149	68.0	68.9-67.1	74.8	75.6-73.9
64	37	43-31	27	33-21	221	259-176	154	193-112	66.6	69.6-64.4	71.4	75.3-68.5
65	107	114-99	95	102-88	381	415-345	325	356-294	55.3	57.1-53.6	58.1	59.8-56.3
66	23	28-16	20	24-14	175	190-163	152	164-140	68.7	69.4-67.8	72.1	73.0-71.2
67	48	56-41	39	47-32	302	324-275	230	248 213	62.8	64.3-61.4	67.8	69.0-66.6
68	31	37-25	29	34-23	210	228-192	157	171-143	67.5	68.7-66.4	71.0	72.2-70.0
69	199	206-192	185	192-177	620	652-588	573	605-536	41.6	43.1-40.3	42.5	44.4-41.1
70	44	50-35	47	53-38	170	179-159	139	147-128	68.1	69.0-67.4	69.9	70.8-69.2
71	6	7-6	6	6-5	174	177-171	75	76-72	71.5	71.7-71.3	78.2	78.6-78.0
72	150	153-143	140	145-135	569	583-554	520	531-508	45.8	46.7-45.1	47.2	47.9-46.4
73	55	60-50	45	50-41	234	246-222	146	158-136	65.5	66.4-64.5	71.6	72.6-70.5
74	32	38-30	28	32 25	170	184-160	132	144-125	69.3	69.9-68.4	72.4	73.0-71.6
75	218	247-170	205	229-169	571	631-512	493	535-451	41.6	45.8-38.6	44.0	47.5-41.2
76	26	30-22	21	26-18	178	185-170	99	105-96	70.6	71.2-70.0	76.5	77.0-75.8
77	10	14-7	9	13-7	186	210-160	71	85-60	70.5	72.2-96.1	78.3	79.8-76.8
78	54	80-31	52	79-30	238	264-215	192	217-167	64.5	66.3 62.0	67.2	69.2-64.6
79	152	189-130	134	169-120	355	422-323	299	339-271	52.2	54.9-47.4	56.1	58.3-52.0
80	16	20-14	15	18-13	160	167-153	89	92-85	70.2	70.8-69.8	74.8	75.3-74.5
81	26	29-23	21	24-18	325	340-310	165	178-152	63.1	63.8-62.4	70.5	71.4-69.6
82	90	92-86	78	82-74	567	585-545	502	521-487	49.6	50.6-48.8	52.1	53.0-51.0
83	30	38-22	19	25-15	250	282-213	133	155-107	65.7	67.7-64.0	71.8	74.2-70.3
84	184	212-153	168	195-139	590	667-497	541	618-461	43.5	48.2-39.9	44.7	49.3-40.1
85	7	7-6	5	6-5	129	133-126	82	85-76	74.2	74.5-73.8	78.5	79.0-78.2
86	14	18-10	13	16-9	183	197-173	105	115-95	72.6	73.6-71.5	78.3	79.7-77.0
87	56	70-45	40	54-30	210	239-191	121	133-111	66.5	67.9-64.4	72.3	73.3-71.1
88	219	227-202	199	207-182	667	722-604	599	653-537	38.5	41.1-36.8	40.5	43.3-38.6
89	25	27-22	21	23-18	260	275-245	117	125-105	66.2	67.0-65.5	73.5	74.6-72.7
90	170	185-150	156	170-143	725	798-630	687	754-600	39.2	43.8-36.1	39.5	43.7-36.5
91	108	111-101	98	101-91	650	662-628	612	631-596	45.4	46.5-44.7	46.0	47.1-44.9
92	37	44-32	30	36-22	242	261-226	151	164-140	66.7	67.7-65.5	72.9	74.0-71.8
93	20	25-17	17	22-15	246	269-230	165	181-149	67.7	68.7-66.5	73.3	74.8-72.2
94	25	28-22	22	25-18	243	258-219	148	162-133	66.1	67.3-65.3	72.0	73.3-70.8
95	20	24-17	14	19-13	210	225-200	135	150-125	69.2	69.9-68.2	74.2	75.2-73.1
96	94	110-66	97	114-65	269	308-250	226	246 211	60.3	62.5-57.8	61.9	64.2-60.0
97	8	11-7	9	10-7	81	89-75	38	43-35	76.1	77.2-75.1	83.8	84.7-82.8
98	24	28-21	17	20-14	244	284-224	124	140-119	67.6	68.9-65.1	75.3	76.0-73.8
99	40	44-36	33	36-28	250	262-238	148	158-135	66.3	67.1-65.4	73.3	74.4-72.4
100	11	12-9	8	10-8	216	222-211	83	87-81	69.2	69.6-68.8	77.5	77.9-77.2
101	6	8-6	5	6-4	170	174-164	76	81-72	71.9	72.3-71.5	79.4	80.2-78.9
102	5	6-4	4	5-4	114	120-110	61	66-57	75.4	76.0-74.7	80.2	81.1-79.5
103	141	148-133	133	140-125	355	384-321	303	328-272	54.0	56.0-52.6	56.1	58.1-54.7
104	135	169-99	123	153-93	627	718-513	587	678-473	44.7	50.7-39.4	45.6	52.0-40.8
105	124	138-108	117	131-102	341	399-277	291	340-235	55.4	59.1-52.9	57.8	61.5-55.1
106	29	35-25	21	26-18	230	255-204	138	160-118	68.0	69.6-66.6	73.5	75.3-71.8
107	5	5-4	3	4-3	87	91-85	56	57-52	77.3	77.6-77.0	82.0	82.4-81.7
108	6	7-6	6	6-5	99	104-97	58	61-56	76.7	77.0-76.3	82.5	82.9-82.1
109	292	324-237	265	286-213	587	683-482	531	625-436	37.0	43.3-32.9	38.8	44.7-35.3
110	16	18 14	12	14-10	268	296-240	122	145-105	66.5	67.9 65.2	74.2	76.2-72.4

الجدول 1 من الملحق المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء

	الدولة العضو	التقديرات السكانية: مجموع السكان (بالآلاف)	التقديرات السكانية: معدل النمو السنوي (بالنسبة المئوية)	التقديرات السكانية: نسبة الإعالة (في المائة)		التقديرات السكانية: النسبة المئوية لمن تجاوز سن الستين من السكان		التقديرات السكانية: معدل الخصوبة الإجمالي	
		2000	2000-1990	1990	2000	1990	2000	1990	2000
111	شيلي	15 211	1.5	57	55	9.0	10.2	2.6	2.4
112	الصومال	8 778	2.1	102	101	4.3	3.9	7.3	7.3
113	الصين	1 282 437	1.0	50	46	8.6	10.0	2.2	1.8
114	طاجيكستان	6 087	1.4	89	78	6.2	6.8	4.9	3.3
115	العراق	22 946	2.9	89	80	4.5	4.6	5.9	5.0
116	عُمان	2 538	3.6	95	87	3.8	4.2	7.0	5.7
117	غابون	1 230	2.8	75	85	9.2	8.7	5.1	5.4
118	غامبيا	1 303	3.4	81	77	4.8	5.2	5.9	5.0
119	غانا	19 306	2.5	93	79	4.6	5.1	5.7	4.4
120	غرينادا	94	0.3	64	57	9.1	9.9	4.2	3.5
121	غواتيمالا	11 385	2.7	97	89	5.1	5.3	5.6	4.7
122	غيانا	761	0.4	70	55	6.7	6.9	2.6	2.4
123	غينيا	8 154	2.9	94	88	4.4	4.4	6.6	6.1
124	غينيا الاستوائية	457	2.6	87	91	6.4	6.0	5.9	5.9
125	غينيا - بيساو	1 199	2.4	86	89	5.9	5.6	6.0	6.0
126	فانواتو	197	2.8	91	83	5.3	5.0	4.9	4.4
127	فرنسا	59 238	0.4	52	53	19.1	20.5	1.8	1.8
128	الفلبين	75 653	2.2	79	70	4.9	5.5	4.3	3.4
129	فنلندا	5 172	0.4	49	49	18.5	19.9	1.7	1.6
130	فيجي	814	1.2	69	58	4.9	5.7	3.4	3.1
131	فييت نام	78 137	1.7	78	63	7.3	7.5	3.7	2.4
132	قبرص	784	1.4	58	53	14.8	15.7	2.4	2.0
133	قطر	565	2.2	42	39	2.1	3.1	4.4	3.5
134	قيرغيزستان	4 921	1.1	74	67	8.3	9.0	3.7	2.6
135	كازاخستان	16 172	0.3-	60	51	9.6	11.2	2.7	2.0
136	الكاميرون	14 876	2.5	95	88	5.6	5.6	5.9	4.9
137	كرواتيا	4 654	0.3	47	47	17.1	20.2	1.7	1.7
138	كمبوديا	13 104	3.1	90	88	4.4	4.4	5.6	5.0
139	كندا	30 757	1.1	47	46	15.5	16.7	1.7	1.6
140	كوبا	11 199	0.5	46	44	11.7	13.7	1.7	1.6
141	كوت ديفوار	16 013	2.4	96	83	4.2	5.0	6.3	4.9
142	كوستاريكا	4 024	2.8	69	60	6.4	7.5	3.2	2.7
143	كولومبيا	42 105	1.9	68	60	6.3	6.9	3.1	2.7
144	الكونغو	3 018	3.1	95	98	5.3	5.1	6.3	6.3
145	الكويت	1 914	1.1-	61	50	2.1	4.4	3.6	2.8
146	كيريباتي	83	1.5	69	76	6.0	6.8	4.4	4.6
147	كينيا	30 669	2.7	109	86	4.1	4.2	6.1	4.4
148	لاتفيا	2 421	1.0-	50	47	17.7	20.9	1.9	1.1
149	لبنان	3 496	2.6	67	59	8.1	8.5	3.2	2.2
150	لكسمبرغ	437	1.4	44	49	18.9	19.4	1.6	1.7
151	ليبريا	2 913	3.1	118	84	5.1	4.5	6.8	6.8
152	ليتوانيا	3 696	0.1-	50	49	16.1	18.6	1.9	1.3
153	ليسوتو	2 035	1.9	81	77	6.0	6.5	5.2	4.6
154	مالطة	390	0.8	51	48	14.7	17.0	2.0	1.8
155	مالي	11 351	2.6	97	100	5.2	5.7	7.0	7.0
156	ماليزيا	22 218	2.2	67	62	5.8	6.6	3.8	3.1
157	مدغشقر	15 970	2.9	92	91	4.8	4.7	6.3	5.9
158	مصر	67 884	1.9	78	65	6.0	6.3	4.2	3.1
159	المغرب	29 878	2.0	77	63	6.0	6.4	4.3	3.2
160	المكسيك	98 872	1.7	74	61	5.9	6.9	3.4	2.6
161	ملاوي	11 308	1.8	99	97	4.3	4.6	7.3	6.5
162	ملديف	291	3.0	99	89	5.4	5.3	6.4	5.6
163	المملكة العربية السعودية	20 346	2.8	84	85	4.1	4.8	6.9	5.8
164	المملكة المتحدة	59 415	0.3	54	53	20.9	20.6	1.8	1.7
165	منغوليا	2 533	1.3	84	64	5.8	5.6	4.1	2.5

الجدول 1 من الملحق المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء

	احتمالية الوفاة (لكل ألف)								متوسط العمر المأمول عند الميلاد (بالسنوات)			
	دون 5 سنوات				15-59 سنة							
	الذكور		الإناث		الذكور		الإناث		الذكور		الإناث	
	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين
111	12	14-10	10	11-8	151	157-132	67	71-60	72.5	73.8-72.0	79.5	80.4-78.8
112	221	225-211	199	205-191	516	548-480	452	482-420	43.8	54.4-42.6	45.9	47.6-44.7
113	38	41-31	44	49-38	161	170-150	110	120-100	68.9	69.7-68.2	73.0	74.2-72.0
114	85	96-76	82	97-75	293	313-264	204	224-176	60.4	62.3-59.0	64.7	66.9-63.0
115	80	94-64	73	90-60	258	289-229	208	236-178	61.7	64.0-59.7	64.7	67.0-62.2
116	20	25-15	17	22-14	187	204-171	135	147-123	69.5	70.6-68.4	73.5	74.5-72.6
117	118	145-105	109	134-99	380	460-299	330	408-268	54.6	59.0-50.3	56.9	60.2-51.9
118	101	115-85	90	102-77	373	440-305	320	381-261	55.9	59.4-52.4	58.7	62.2-55.2
119	112	119-104	98	104-89	379	410-344	326	357-295	55.0	56.8-53.7	57.9	59.8-56.0
120	25	30-18	22	27-15	202	222-187	159	171-146	70.9	72.1-69.5	73.2	74.6-72.1
121	54	59-50	52	56-47	286	308-260	182	200-157	63.5	65.2-62.2	68.6	70.6-67.2
122	77	91-62	66	80-50	299	335-275	209	235-176	61.5	63.2-59.2	67.0	69.8-64.9
123	174	183-163	156	164-144	432	468-392	366	398-331	49.0	51.1-47.4	52.0	54.1-50.4
124	156	185-137	143	167-127	339	414-270	280	338-224	53.5	57.0-49.0	56.2	59.6-52.4
125	215	220-205	197	203-188	495	521-467	427	451-401	44.5	46.0-43.4	46.9	48.5-45.7
126	57	72-42	45	57-32	240	303-169	185	243-134	64.2	69.1-60.5	68.1	72.3-64.2
127	8	9-8	6	6-5	144	148-139	61	64-56	75.2	75.5-74.8	83.1	83.8-82.5
128	44	47-40	37	40-33	249	267-235	142	155-126	64.6	65.5-63.6	71.1	72.7-70.0
129	6	6-5	5	5-4	144	147-141	61	64-58	73.7	74.0-73.5	80.9	81.3-80.5
130	27	34-20	24	30-18	240	262-221	180	199-160	66.9	68.1-65.7	71.2	72.3-69.9
131	38	41-35	30	33-27	203	217-188	139	151-128	66.7	67.8-65.7	71.0	72.0-69.9
132	9	9-8	7	8-6	116	122-107	59	64-52	74.8	75.6-74.3	79.0	79.8-78.3
133	20	23-17	13	15-11	173	177-170	121	124-117	70.4	70.7-70.1	75.0	75.4-74.6
134	70	78-62	58	67-50	335	364-306	175	200-152	60.0	61.7-58.5	68.8	70.8-66.8
135	80	80-75	60	64-56	366	375-350	201	215-182	58.0	58.9-57.6	68.4	70.0-67.2
136	149	157-142	140	148-133	488	513-460	440	464-413	49.0	50.4-47.6	50.4	51.9-48.9
137	10	12-9	7	9-7	178	183-173	74	79-70	69.8	70.1-69.5	77.7	78.1-77.3
138	136	141-131	120	124-114	373	384-361	264	273-252	53.4	54.2-52.7	58.5	59.2-57.9
139	6	6-5	5	5-4	101	105-96	57	60-53	76.0	76.5-75.6	81.5	81.9-81.1
140	9	10-9	8	9-7	143	147-139	94	99-91	73.7	74.0-73.3	77.5	77.8-77.1
141	152	162-142	138	146-130	553	588-507	494	527-451	46.4	48.5-44.9	48.4	50.6-46.8
142	18	20-15	15	17-12	131	139-118	78	82-71	73.4	74.5-72.7	78.8	79.8-78.1
143	29	34-25	21	24-17	238	250-225	115	122-108	67.2	68.1-66.3	75.1	75.8-74.3
144	134	154-124	122	142-103	475	537-413	406	465-344	50.1	52.7-46.8	52.9	56.4-49.5
145	13	17-11	12	15-9	100	107-93	68	74-62	74.2	75.0-73.5	76.8	77.6-76.0
146	93	104-79	74	85-61	269	319-210	208	259-172	60.4	64.0-57.8	64.5	67.3-61.2
147	107	114-99	98	105-90	578	617-533	520	568-486	48.2	50.3-46.2	49.6	51.8-47.5
148	20	25-12	14	16-11	328	355-315	122	134-112	64.2	64.9-62.8	75.5	76.5-74.5
149	22	27-17	18	22-14	192	215-168	136	151-121	69.1	70.7-67.7	73.3	74.7-72.2
150	5	7-4	5	6-4	135	148-122	64	72-57	73.9	74.8-73.0	80.8	82.1-79.8
151	205	233-173	187	211-161	448	521-367	385	452-312	46.6	51.3-43.3	49.1	53.9-45.7
152	15	17-11	12	14-9	286	300-270	106	110-98	66.9	67.8-66.1	77.2	78.2-76.7
153	159	172-143	150	164-134	667	742-572	630	706-536	42.0	45.7-38.8	42.2	47.3-38.6
154	10	11-8	6	7-4	111	119-103	46	55-41	75.4	76.2-74.7	80.7	82.0-79.3
155	231	241-216	220	230-206	518	578-452	446	501-387	42.7	45.2-40.3	44.6	47.3-42.2
156	15	18-13	12	15-10	202	218-186	113	125-100	68.3	69.4-67.4	74.1	75.3-73.1
157	156	162-147	142	149-134	385	417-348	322	350-290	51.7	53.7-50.3	54.6	56.6-53.2
158	51	54-46	49	53-45	210	219-201	147	153-140	65.4	66.0-64.8	69.1	69.7-68.5
159	68	75-60	59	66-52	174	183-159	113	130-105	66.1	67.4-65.2	70.4	71.4-68.7
160	31	35-27	25	28-22	180	187-167	101	106-96	71.0	72.0-70.4	76.2	76.8-75.7
161	229	251-206	211	234-190	701	779-604	653	733-557	37.1	41.1-33.6	37.8	42.2-34.0
162	62	80-45	66	85-45	228	248-209	226	248-199	64.6	66.2-62.9	64.4	66.7-62.4
163	40	45-35	26	30-22	181	195-166	116	126-105	68.1	69.1-67.1	73.5	74.5-72.7
164	7	8-7	6	6-5	109	112-108	67	68-65	74.8	75.0-74.6	79.9	80.2-79.7
165	92	109-75	76	90-60	280	305-265	199	214-184	61.2	62.6-59.1	66.9	68.4-65.4

الجدول 1 من الملحق المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء

	الدولة العضو	مجموع السكان (بالآلاف)	معدل النمو السنوي (بالنسبة المئوية)	التقديرات السكانية: نسبة الإعالة (في المائة)		النسبة المئوية لمن تجاوز سن الستين من السكان		معدل الخصوبة الإجمالي	
		2000	2000-1990	1990	2000	1990	2000	1990	2000
166	موريتانيا	2 665	2.9	93	90	4.9	4.7	6.2	6.0
167	موريشيوس	1 161	0.9	54	47	8.3	9.0	2.2	2.0
168	موزامبيق	18 292	3.0	89	89	5.1	5.1	6.5	6.1
169	موناكو	33	1.1	52	53	19.1	20.5	1.8	1.7
170	ميانمار	47 749	1.7	71	61	6.8	6.8	4.0	3.1
171	ناميبيا	1 757	2.5	88	90	5.5	5.6	6.0	5.1
172	ناورو	12	2.6	69	76	6.0	6.8	4.3	4.6
173	النرويج	4 469	0.5	54	54	21.0	19.6	1.8	1.8
174	النمسا	8 080	0.4	48	47	20.1	20.7	1.5	1.3
175	نيبال	23 043	2.4	81	81	5.8	5.9	5.2	4.7
176	النيجر	10 832	3.5	109	108	3.5	3.3	8.1	8.0
177	نيجيريا	113 862	2.9	97	93	4.7	4.8	6.5	5.7
178	نيكاراغوا	5 071	2.9	97	84	4.4	4.6	4.9	4.1
179	نيوزيلندا	3 778	1.2	53	53	15.3	15.6	2.1	2.0
180	نيووي	2	1.4-	70	65	5.7	6.8	3.3	2.6
181	هايتي	8 142	1.7	93	80	5.8	5.6	5.4	4.2
182	الهند	1 008 937	1.8	69	62	6.8	7.6	3.9	3.1
183	هندوراس	6 417	2.8	93	82	4.5	5.1	5.1	4.0
184	هنغاريا	9 968	0.4-	51	46	19.0	19.7	1.8	1.3
185	هولندا	15 864	0.6	45	47	17.3	18.3	1.6	1.5
186	الولايات المتحدة الأمريكية	283 230	1.1	52	52	16.6	16.1	2.0	2.0
187	ولايات ميكرونيزيا الموحدة	123	2.6	69	76	6.0	6.8	4.8	5.1
188	اليابان	127 096	0.3	44	47	17.4	23.2	1.6	1.4
189	اليمن	18 349	4.7	106	110	4.1	3.6	7.6	7.6
190	يوغوسلافيا	10 552	0.4	49	50	15.2	18.3	2.1	1.7
191	اليونان	10 610	0.4	49	48	20.0	23.4	1.5	1.3

الجدول 1 من الملحق المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء

	احتمالية الوفاة (لكل ألف)								متوسط العمر المأمول عند الميلاد (بالسنوات)			
	دون 5 سنوات				15–59 سنة							
	الذكور		الإناث		الذكور		الإناث		الذكور		الإناث	
	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين	2000	هامش عدم اليقين
166	175	186-161	168	179-154	357	410-304	302	347-256	51.7	54.2-49.2	53.5	56.2-51.1
167	21	25-20	16	20-16	228	240-220	109	116-106	67.6	68.1-67.0	74.6	75.0-74.1
168	227	232-217	208	214-199	674	712-634	612	646-573	37.9	39.5-36.7	39.5	41.2-38.2
169	7	10-3	5	10-3	123	140-93	54	75-45	76.8	79.8-75.2	84.4	86.4-81.6
170	111	136-96	97	122-84	343	380-320	245	285-225	56.2	58.0-53.5	61.1	62.8-57.6
171	125	139-109	119	131-106	695	777-585	661	735-568	42.8	48.1-39.2	42.6	47.6-39.2
172	16	21-14	11	15-9	480	567-374	310	399-225	58.8	62.9-55.3	66.6	71.3-62.5
173	5	6-5	4	5-4	105	108-100	60	62-56	75.7	76.0-75.5	81.4	82.0-80.9
174	6	7-5	5	5-4	125	133-118	60	63-57	74.9	75.4-74.4	81.4	81.8-81.0
175	101	110-90	116	124-108	314	337-288	314	337-292	58.5	60.5-56.8	58.0	59.7-56.5
176	257	264-231	252	259-234	473	537-402	408	461-351	42.7	46.1-40.5	43.9	46.7-42.1
177	158	164-149	151	157-142	443	478-402	393	426-356	49.8	51.9-48.3	51.4	53.6-49.8
178	49	52-44	39	44-35	225	241-211	161	171-151	66.4	67.5-65.4	71.1	72.0-70.2
179	7	8-6	6	6-4	108	114-100	69	78-63	75.9	76.7-75.2	80.9	81.9-79.8
180	34	46-24	28	39-18	181	219-151	144	159-100	69.5	71.9-66.7	72.8	77.3-71.4
181	111	134-84	96	119-70	524	563-387	373	430-278	49.7	56.9-47.0	56.1	62.2-52.4
182	90	97-83	99	108-90	287	310-251	213	236-179	59.8	62.0-58.5	62.7	65.6-60.8
183	45	50-40	42	48-38	221	249-200	157	178-140	66.3	67.9-64.5	71.0	72.5-69.2
184	11	12-10	8	9-8	295	299-291	123	126-120	66.3	66.5-66.1	75.2	75.5-74.9
185	7	8-6	5	6-5	95	100-92	64	67-61	75.4	76.0-74.9	81.0	81.5-80.4
186	9	10-9	8	8-7	147	149-143	84	85-83	73.9	74.2-73.7	79.5	79.6-79.3
187	61	79-45	48	64-35	243	270-211	188	209-160	63.7	66.1-61.6	67.7	69.9-65.8
188	5	6-5	4	5-4	98	99-96	44	45-42	77.5	77.7-77.4	84.7	85.1-84.4
189	104	111-96	96	101-89	278	305-251	226	242-205	59.3	60.9-57.6	62.0	63.5-60.9
190	18	20-16	15	17-14	180	181-175	100	102-98	69.8	70.1-69.6	74.7	75.0-74.5
191	7	8-6	6	7-5	114	118-110	47	52-44	75.4	75.7-75.0	80.8	81.5-80.1

الجدول 2 من الملحق الوفيات حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة،[أ] تقديرات عام 2000

السبب[ب]	الجنس: الجنسان		الذكور		الإناث		الإقليم الأفريقي – مرتبة الوفاة: عالية في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وعالية جداً في البالغين	منخفضة جداً في الأطفال وفي البالغين	إقليم الأمريكتين – مراتب معدلات الوفيات: منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*6 045 172*		*3 045 372*		*2 999 800*		*294 099*	*345 533*	*325 186*	*430 951*	*71 235*
	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
مجموع الوفيات	**55 694**	**100**	**29 696**	**100**	**25 998**	**100**	**4 245**	**6 327**	**2 778**	**2 587**	**510**
1 – الأمراض السارية، وأمراض الأمومة، وأمراض فترة ما حول الولادة وحالات العوز التغذوي	**17 777**	**31.9**	**9 282**	**31.3**	**8 495**	**32.7**	**2 893**	**4 597**	**203**	**475**	**185**
الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية	10 457	18.8	5 637	19.0	4 819	18.5	1 969	3 467	60	213	93
السل	1 660	3.0	1 048	3.5	613	2.4	146	235	2	33	22
الأمراض المنقولة جنسيا ما عدا الإيدز	217	0.4	119	0.4	97	0.4	43	58	0	1	0
الزهري	197	0.4	118	0.4	79	0.3	42	56	0	0	0
العدوى بالمتدثرات	7	0.0	0	0.0	7	0.0	1	1	0	0	0
السيلان	4	0.0	0	0.0	4	0.0	1	1	0	0	0
الإيدز والعدوى بفيروسه	2 943	5.3	1 500	5.0	1 443	5.6	317	1 875	15	34	23
أمراض الإسهال	2 124	3.8	1 178	4.0	946	3.6	272	433	2	49	27
أمراض الطفولة	1 385	2.5	693	2.3	692	2.7	432	308	0	2	6
الشاهوق	296	0.5	148	0.5	148	0.6	92	74	0	1	6
شلل الأطفال	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
الخناق	3	0.0	2	0.0	2	0.0	1	1	0	0	0
الحصبة	777	1.4	388	1.3	388	1.5	264	188	0	0	0
الكزاز (التيتانوس)	309	0.6	154	0.5	154	0.6	75	45	0	1	1
التهاب السحايا	156	0.3	87	0.3	69	0.3	19	23	1	9	1
التهاب الكبد[ج]	128	0.2	70	0.2	57	0.2	15	18	5	3	1
الملاريا	1 080	1.9	522	1.8	558	2.1	489	477	0	1	1
أمراض المناطق المدارية	124	0.2	76	0.3	48	0.2	33	30	0	20	3
داء المثقبيات	50	0.1	32	0.1	18	0.1	25	24	0	0	0
داء شاغاس	21	0.0	12	0.0	9	0.0	0	0	0	18	3
داء المنشقات	11	0.0	8	0.0	3	0.0	3	2	0	1	0
داء الليشمانيات	41	0.1	23	0.1	18	0.1	5	4	0	0	0
داء الفيلاريات اللمفي	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
داء كلابية الذنب	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
الجذام	2	0.0	2	0.0	1	0.0	0	0	0	0	0
حمى الضنك	12	0.0	8	0.0	4	0.0	0	0	0	0	0
التهاب الدماغ اليابانى	4	0.0	1	0.0	2	0.0	0	0	0	0	0
الحثر (التراخوما)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
العدوى بالديدان المدورة المعوية	17	0.0	9	0.0	8	0.0	1	2	0	2	1
داء الصفر (الإسكارس)	6	0.0	3	0.0	3	0.0	0	1	0	1	0
داء المسلكات	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0	0	0	0
داء الديدان الشصية	6	0.0	4	0.0	2	0.0	1	1	0	0	0
الأمراض التنفسية	**3 941**	**7.1**	**2 121**	**7.1**	**1 821**	**7.0**	**460**	**622**	**115**	**104**	**43**
أمراض المسالك التنفسية السفلى الحادة	3 866	6.9	2 084	7.0	1 782	6.9	454	614	115	102	42
أمراض المسالك التنفسية العليا الحادة	69	0.1	34	0.1	35	0.1	4	5	0	1	1
التهاب الأذن الوسطى	6	0.0	3	0.0	3	0.0	1	2	0	0	0
أمراض الأمومة	**495**	**0.9**	**0**	**0.0**	**495**	**1.9**	**97**	**146**	**0**	**13**	**7**
أمراض فترة ما حول الولادة	**2 439**	**4.4**	**1 307**	**4.4**	**1 133**	**4.4**	**296**	**281**	**17**	**106**	**28**
حالات العوز التغذوي	**445**	**0.8**	**218**	**0.7**	**227**	**0.9**	**70**	**81**	**10**	**39**	**13**
سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	271	0.5	137	0.5	134	0.5	49	52	5	28	8
عوز اليود	9	0.0	5	0.0	5	0.0	1	2	0	0	0
عوز الفيتامين أ	41	0.1	17	0.1	24	0.1	11	13	0	0	0
فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	103	0.2	49	0.2	53	0.2	8	13	6	11	2

الجدول 2 من الملحق الوفيات حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة،[أ] تقديرات عام 2000

السبب [ب]	إقليم شرق المتوسط		الإقليم الأوروبي			إقليم جنوب شرق آسيا		إقليم غرب المحيط الهادئ	
	مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة			مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة	
	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين	منخفضة جداً في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال عالية في البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين	منخفضة جدا في الأطفال – منخفضة جدا في البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*139 071*	*342 584*	*411 910*	*218 473*	*243 192*	*293 821*	*1 241 813*	*154 358*	*1 532 946*
	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
مجموع الوفيات	690	3 346	4 076	1 952	3 636	2 142	12 015	1 152	10 238
1 – الأمراض السارية، وأمراض الأمومة، وأمراض فترة ما حول الولادة وحالات العوز التغذوي	153	1 556	240	221	152	604	4 913	131	1 454
الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية	84	836	49	85	86	332	2 540	25	618
السل	7	129	6	19	49	157	517	6	336
الأمراض المنقولة جنسيا ما عدا الإيدز	0	12	0	2	1	1	95	0	3
الزهري	0	10	0	1	0	1	85	0	2
العدوى بالمتدثرات	0	0	0	0	0	0	4	0	0
السيلان	0	0	0	0	0	0	2	0	0
الإيدز والعدوى بفيروسه	0	54	10	1	10	37	334	0	32
أمراض الإسهال	24	262	2	27	4	30	921	1	71
أمراض الطفولة	1	196	0	8	0	43	337	0	52
الشاهوق	0	57	0	0	0	1	62	0	2
شلل الأطفال	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الخناق	0	0	0	0	0	0	1	0	0
الحصبة	0	81	0	7	0	34	168	0	34
الكزاز (التيتانوس)	0	57	0	0	0	8	105	0	17
التهاب السحايا	2	22	2	7	5	12	42	1	11
التهاب الكبد ج	3	7	4	5	2	5	32	5	22
الملاريا	0	47	0	0	0	8	43	0	13
أمراض المناطق المدارية	1	5	0	0	0	0	30	0	2
داء المثقبيات	0	1	0	0	0	0	0	0	0
داء شاغاس	0	0	0	0	0	0	0	0	0
داء المنشقات	1	2	0	0	0	0	0	0	2
داء الليشمانيات	0	2	0	0	0	0	30	0	0
داء الفيلاريات اللمفي	0	0	0	0	0	0	0	0	0
داء كلابية الذنب	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الجذام	0	0	0	0	0	0	1	0	0
حمى الضنك	0	1	0	0	0	1	10	0	1
التهاب الدماغ الياباني	0	0	0	0	0	0	0	0	3
الحثر (التراخوما)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
العدوى بالديدان المدورة المعوية	0	2	0	0	0	1	5	0	3
داء الصفر (الإسكارس)	0	1	0	0	0	0	1	0	1
داء المسلكات	0	0	0	0	0	0	0	0	1
داء الديدان الشصية	0	0	0	0	0	0	3	0	0
الأمراض التنفسية	40	330	168	86	44	142	1 221	102	463
أمراض المسالك التنفسية السفلى الحادة	39	327	165	85	42	141	1 199	101	439
أمراض المسالك التنفسية العليا الحادة	1	3	3	1	1	1	22	1	24
التهاب الأذن الوسطى	0	0	0	0	0	0	1	0	0
أمراض الأمومة	3	62	0	2	1	21	122	0	19
أمراض فترة ما حول الولادة	20	284	11	42	19	90	919	2	321
حالات العوز التغذوي	5	43	11	6	2	19	110	1	32
سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	2	23	3	2	1	8	66	1	22
عوز اليود	0	2	0	0	0	0	3	0	0
عوز الفيتامين أ	0	6	0	0	0	0	10	0	0
فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	1	8	8	3	2	6	27	0	7

الجدول 2 من الملحق الوفيات حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة،[أ] تقديرات عام 2000

السبب [ب]	الجنس: الجنسان		الذكور		الإناث		الإقليم الأفريقي – مرتبة الوفاة: عالية في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال- عالية جداً في البالغين	إقليم الأمريكتين – مرتبة الوفاة: منخفضة جداً في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*6 045 172*		*3 045 372*		*2 999 800*		*294 099*	*345 533*	*325 186*	*430 951*	*71 235*
	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
2 الأمراض غير السارية	**32 855**	**59.0**	**16 998**	**57.2**	**15 856**	**61.0**	**1 043**	**1 286**	**2 397**	**1 779**	**276**
الأورام الخبيثة	6 930	12.4	3 918	13.2	3 011	11.6	228	305	652	371	50
سرطان الفم والحلقوم	340	0.6	242	0.8	98	0.4	11	22	11	10	2
سرطان المريء	413	0.7	274	0.9	139	0.5	5	21	16	14	1
سرطان المعدة	744	1.3	464	1.6	280	1.1	18	18	19	42	10
سرطان القولون/ المستقيم	579	1.0	303	1.0	276	1.1	11	15	77	26	3
سرطان الكبد	626	1.1	433	1.5	193	0.7	28	35	15	14	3
سرطان البنكرياس	214	0.4	114	0.4	100	0.4	3	5	34	13	1
سرطان الرغامى/ القصبات/ الرئة	1 213	2.2	895	3.0	318	1.2	9	14	182	47	3
سرطان الملانوما وأنواع سرطان الجلد الأخرى	65	0.1	35	0.1	30	0.1	4	5	13	5	0
سرطان الثدي	459	0.8	0	0.0	458	1.8	14	24	56	28	3
سرطان عنق الرحم	288	0.5	0	0.0	288	1.1	21	38	6	17	6
سرطان جسم الرحم	76	0.1	0	0.0	76	0.3	1	2	9	10	1
سرطان المبيض	128	0.2	0	0.0	128	0.5	3	7	16	6	1
سرطان البروستاتة	258	0.5	258	0.9	0	0.0	24	19	45	26	3
سرطان المثانة	157	0.3	117	0.4	40	0.2	8	6	16	6	1
اللمفوفة وورم النقي المتعدد	291	0.5	173	0.6	118	0.5	18	19	47	16	3
ابيضاض الدم (اللوكيميا)	265	0.5	145	0.5	119	0.5	8	12	27	18	3
أورام أخرى	115	0.2	59	0.2	56	0.2	1	2	10	9	2
الداء السكري	810	1.5	345	1.2	465	1.8	19	35	76	120	23
الاضطرابات التغذوية/ اضطرابات الغدد الصم	224	0.4	103	0.3	121	0.5	17	20	29	24	6
الاضطرابات العصبية النفسية	948	1.7	477	1.6	472	1.8	31	44	135	51	13
اضطراب الاكتئاب الأحادي القطب	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	4	0.0	1	0.0	3	0.0	0	0	0	0	0
الفصام	17	0.0	8	0.0	9	0.0	0	0	1	0	0
الصرع	98	0.2	59	0.2	38	0.1	9	15	2	6	2
إدمان الكحول	84	0.2	73	0.2	12	0.0	2	5	8	13	4
مرض ألزهايمر وأشكال الخرف الأخرى	276	0.5	93	0.3	183	0.7	2	3	61	7	1
داء باركنسون	90	0.2	44	0.1	45	0.2	2	2	16	2	0
التصلب المتعدد	17	0.0	6	0.0	10	0.0	0	0	3	1	0
اضطرابات الاعتماد على الأدوية	15	0.0	14	0.0	2	0.0	0	0	2	1	0
اضطرابات الكرب اللاحقة للإصابات	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
اضطرابات الوسواس القهري	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
اضطرابات الهلع	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
الأرق (الأولى)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
الشقيقة	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
اضطرابات الحواس	7	0.0	3	0.0	4	0.0	0	0	0	0	0
الزرق (الغلوكوما)	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
الساد (الكتركتا)	1	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0	0	0	0
ضعف السمع عند البالغين	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
الأمراض القلبية الوعائية	16 701	30.0	8 195	27.6	8 506	32.7	460	514	1 138	786	98
المرض القلبي الروماتيزمي	332	0.6	137	0.5	195	0.7	13	16	6	6	3
المرض القلبي الإقفاري	6 894	12.4	3 625	12.2	3 269	12.6	162	167	581	306	29
الأمراض المخية الوعائية	5 101	9.2	2 406	8.1	2 695	10.4	137	166	197	229	24
المرض القلبي الالتهابي	395	0.7	216	0.7	180	0.7	15	19	34	27	3
الأمراض التنفسية	3 542	6.4	1 891	6.4	1 651	6.3	101	131	172	170	16
مرض انسداد الرئة المزمن	2 523	4.5	1 367	4.6	1 156	4.4	51	63	124	76	6
الربو	218	0.4	107	0.4	111	0.4	8	16	7	11	3

الجدول 2 من الملحق الوفيات حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة،[أ] تقديرات عام 2000

السبب ب	اقليم شرق المتوسط – مرتبة الوفاة: منخفضة/ أطفال/ بالغين	اقليم شرق المتوسط – مرتبة الوفاة: عالية/ أطفال/ بالغين	الاقليم الأوروبي – مرتبة الوفاة: منخفضة جدا/ أطفال/ بالغين	الاقليم الأوروبي – مرتبة الوفاة: منخفضة/ أطفال/ بالغين	الاقليم الأوروبي – مرتبة الوفاة: منخفضة/ أطفال/ عالية/ بالغين	اقليم جنوب شرق آسيا – مرتبة الوفاة: منخفضة/ أطفال/ بالغين	اقليم جنوب شرق آسيا – مرتبة الوفاة: عالية/ أطفال/ بالغين	اقليم غرب المحيط الهادئ – مرتبة الوفاة: منخفضة جدا/ أطفال/ منخفضة جدا/ بالغين	اقليم غرب المحيط الهادئ – مرتبة الوفاة: منخفضة/ أطفال/ بالغين
السكان (بالآلاف)	*139 071*	*342 584*	*411 910*	*218 473*	*243 192*	*293 821*	*1 241 813*	*154 358*	*1 532 946*
	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
2 الأمراض غير السارية	**459**	**1 530**	**3 637**	**1 588**	**3 009**	**1 307**	**5 961**	**942**	**7 640**
الأورام الخبيثة	78	164	1 056	290	536	226	877	341	1 756
سرطان الفم والحلقوم	2	20	25	9	18	18	152	6	34
سرطان المريء	4	10	28	11	15	3	68	12	205
سرطان المعدة	10	7	70	33	83	9	55	56	313
سرطان القولون/ المستقيم	5	7	141	29	67	23	32	44	100
سرطان الكبد	4	7	38	9	20	26	26	35	365
سرطان البنكرياس	2	1	52	12	30	4	11	20	26
سرطان الرغامى/ القصبات/ الرئة	11	20	206	59	109	35	118	62	339
سرطان الملانوما وأنواع سرطان الجلد الأخرى	1	1	15	4	9	1	2	3	2
سرطان الثدي	5	12	91	21	43	26	78	12	46
سرطان عنق الرحم	5	14	8	8	13	15	102	3	33
سرطان جسم الرحم	1	1	16	6	13	2	2	3	9
سرطان المبيض	1	3	26	5	17	7	17	5	15
سرطان البروستاتة	3	4	71	9	14	6	15	11	9
سرطان المثانة	3	9	37	9	18	5	15	6	18
اللمفومة وورم النقى المتعدد	5	12	54	9	14	14	40	14	27
ابيضاض الدم (اللوكيميا)	7	9	37	9	15	12	38	9	62
أورام أخرى	1	4	27	3	5	26	5	10	10
الداء السكري	11	52	86	26	25	50	146	17	123
الاضطرابات التغذوية/ اضطرابات الغدد الصم	3	25	24	2	2	15	16	8	33
الاضطرابات العصبية النفسية	11	73	158	27	33	51	169	20	131
اضطراب الاكتئاب الأحادي القطب	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	0	0	0	0	0	0	3	0	0
الفصام	1	1	1	0	0	2	6	0	5
الصرع	2	5	6	5	4	5	19	1	18
إدمان الكحول	0	2	13	5	9	5	7	1	11
مرض ألزهايمر وأشكال الخرف الأخرى	1	5	76	4	7	20	37	7	48
داء باركنسون	1	4	21	1	1	2	10	4	24
التصلب المتعدد	0	0	4	1	2	0	3	0	1
اضطرابات الاعتماد على الأدوية	0	0	4	0	0	1	3	1	3
اضطرابات الكرب اللاحقة للإصابات	0	0	0	0	0	0	0	0	0
اضطرابات الوسواس القهري	0	0	0	0	0	0	0	0	0
اضطرابات الهلع	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الأرق (الأولى)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الشقيقة	0	0	0	0	0	0	0	0	0
اضطرابات الحواس	0	0	0	0	0	0	1	0	3
الزرق (الغلوكوما)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الساد (الكتاركتا)	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ضعف السمع عند البالغين	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الأمراض القلبية الوعائية	276	811	1 797	1 051	2 125	598	3 493	406	3 147
المرض القلبي الروماتيزمي	4	17	12	10	16	11	106	3	110
المرض القلبي الإقفاري	136	288	762	472	1 115	237	1 706	140	792
الأمراض المخية الوعائية	58	158	470	276	741	181	625	173	1 667
المرض القلبي الالتهابي	4	12	28	23	26	13	111	8	74
الأمراض التنفسية	26	126	205	65	127	135	482	57	1 728
مرض انسداد الرئة المزمن	13	43	136	42	93	52	255	23	1 545
الربو	5	17	14	9	11	22	35	7	55

الجدول 2 من الملحق الوفيات حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة،[أ] تقديرات عام 2000

السبب ب	الجنــس						الاقليم الأفريقي		اقليم الأمريكتين		
							مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة		
	الجنسان		الذكور		الاناث		عالية في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال/ عالية جدا في البالغين	منخفضة جداً في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*6 045 172*		*3 045 372*		*2 999 800*		*294 099*	*345 533*	*325 186*	*430 951*	*71 235*
	(بالآلاف)	المجموع (%)	(بالآلاف)	المجموع (%)	(بالآلاف)	المجموع (%)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
أمراض الجهاز الهضمي	1 923	3.5	151	3.9	772	3.0	87	112	97	144	32
مرض القرحة الهضمية	237	0.4	140	0.5	96	0.4	6	10	6	11	4
تليف الكبد	797	1.4	531	1.8	266	1.0	31	38	30	58	17
التهاب الزائدة الدودية	33	0.1	19	0.1	13	0.1	1	1	1	2	1
أمراض الجهاز البولي التناسلي	825	1.5	447	1.5	378	1.5	54	67	57	49	14
التهاب الكلية/ الكلاء	620	1.1	327	1.1	293	1.1	35	44	31	38	12
تضخم البروستاتة الحميد	35	0.1	35	0.1	0	0.0	3	4	1	2	1
الأمراض الجلدية	68	0.1	30	0.1	38	0.1	10	12	4	5	2
أمراض الجهاز العضلي العظمي	104	0.2	36	0.1	68	0.3	6	7	12	9	3
التهاب المفاصل الروماتويدي	20	0.0	6	0.0	14	0.1	1	1	2	2	1
الالتهاب العظمي المفصلي	4	0.0	1	0.0	3	0.0	0	0	1	1	0
حالات الشذوذ الخلقية	657	1.2	341	1.1	315	1.2	30	36	15	40	16
أمراض الفم	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0	0	0	0
تسوس الأسنان	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
أمراض دواعم الأسنان	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
الدرد	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
3 الإصابات	**5 062**	**9.1**	**3 415**	**11.5**	**1 647**	**6.3**	**308**	**445**	**178**	**333**	**50**
الإصابات غير المتعمدة	3 403	6.1	262	7.6	1 141	4.4	196	245	119	185	29
حوادث المرور	1 260	2.3	931	3.1	329	1.3	69	99	49	82	10
التسمم	315	0.6	204	0.7	112	0.4	15	20	12	3	2
حالات السقوط	283	0.5	170	0.6	113	0.4	8	10	23	15	2
الحرائق	238	0.4	104	0.3	135	0.5	18	17	4	5	1
الغرق	450	0.8	301	1.0	148	0.6	44	40	5	20	2
الإصابات غير المتعمدة الأخرى	857	1.5	553	1.9	304	1.2	42	60	26	60	12
الإصابات المتعمدة	1 659	3.0	153	3.9	506	1.9	112	199	59	148	21
الإصابات الذاتية	815	1.5	509	1.7	305	1.2	10	17	39	23	4
العنف	520	0.9	401	1.4	119	0.5	40	76	20	123	17
الحروب	310	0.6	233	0.8	77	0.3	62	106	0	2	0

أ انظر قائمة الدول المرتبة حسب أقاليم المنظمة ومراتب الوفيات، الصفحات(233-236).

ب التقديرات الخاصة بأسباب محددة قد لا تبلغ مبلغ مجموعات الأسباب الأعم الأخرى نتيجة لإغفال الفئات المتبقية.

ج لا تشمل وفيات سرطان الكبد وتليف الكبد الناجمة عن عدوى فيروس التهاب الكبد المزمن.

الجدول 2 من الملحق الوفيات حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة،[أ] تقديرات عام 2000

السبب ب	إقليم شرق المتوسط – مرتبة الوفاة		الإقليم الأوروبي – مرتبة الوفاة			إقليم جنوب شرق آسيا – مرتبة الوفاة		إقليم غرب المحيط الهادئ – مرتبة الوفاة	
	منخفضة/ أطفال/ بالغين	عالية/ أطفال/ بالغين	منخفضة جدا/ أطفال/ بالغين	منخفضة/ أطفال/ بالغين	منخفضة/ أطفال/ عالية/ بالغين	منخفضة/ أطفال/ بالغين	عالية/ أطفال/ بالغين	منخفضة جدا / أطفال منخفضة جدا / بالغين	منخفضة/ أطفال/ بالغين
السكان (بالآلاف)	*139 071*	*342 584*	*411 910*	*218 473*	*243 192*	*293 821*	*1 241 813*	*154 358*	*1 532 946*
	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
أمراض الجهاز الهضمي	23	123	185	81	112	115	367	46	399
مرض القرحة الهضمية	3	6	18	7	14	21	53	5	74
تليف الكبد	7	28	68	47	55	42	181	15	180
التهاب الزائدة الدودية	0	1	1	1	1	1	18	0	6
أمراض الجهاز البولى التناسلى	17	69	60	26	28	56	140	27	162
التهاب الكلية/ الكلاء	11	58	40	18	11	45	122	24	131
تضخم البروستاتا الحميد	1	1	1	2	3	1	8	0	8
الأمراض الجلدية	0	5	8	1	2	5	6	1	8
أمراض الجهاز العضلى العظمى	1	3	18	2	4	10	3	5	20
التهاب المفاصل الروماتويدي	0	0	4	1	1	2	1	2	2
الالتهاب العظمي المفصلي	0	0	1	0	0	0	0	0	0
حالات الشذوذ الخلقية	12	76	13	12	10	20	254	4	119
أمراض الفم	0	0	0	0	0	0	1	0	0
تسوس الأسنان	0	0	0	0	0	0	0	0	0
أمراض دواعم الأسنان	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الدرد	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 الإصابات	**79**	**259**	**199**	**143**	**475**	**231**	**1 141**	**78**	**1 144**
الإصابات غير المتعمدة	61	181	140	88	285	155	900	49	769
حوادث المرور	40	51	46	20	55	115	320	16	288
التسمم	2	16	6	14	89	4	78	1	53
حالات السقوط	4	17	48	11	17	8	31	8	81
الحرائق	4	20	3	4	15	7	121	2	19
الغرق	3	16	4	10	33	12	85	6	169
الإصابات غير المتعمدة الأخرى	8	61	34	29	76	8	266	16	158
الإصابات المتعمدة	17	78	59	55	190	76	241	30	376
الإصابات الذاتية	7	16	54	25	107	19	150	28	315
العنف	7	24	4	11	62	11	66	1	58
الحروب	3	36	0	17	20	45	18	0	2

الجدول 3 من الملحق عبء المرض بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DA LYs) حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة[أ]، تقديرات عام 2000

السبب [ب]	الجنس						الإقليم الأفريقي		إقليم الأمريكتين		
							مراتب معدلات الوفيات		مراتب معدلات الوفيات		
	الجنسان		الذكور		الإناث		عالية في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال عالية جداً في البالغين	منخفضة جداً في الأطفال و البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*6 045 172*		*3 045 372*		*2 999 800*		*294 099*	*345 533*	*325 186*	*430 951*	*71 235*
	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
مجموع الوفيات	**1 472 392**	**100**	**765 774**	**100**	**706 619**	**100**	**143 671**	**209 616**	**45 991**	**79 562**	**16 803**
1- الأمراض السارية، وأمراض الأمومة، وأمراض فترة ما حول الولادة وحالات العوز التغذوي	**610 353**	**41.5**	**294 708**	**38.5**	**315 645**	**44.7**	**102 806**	**155 682**	**3 181**	**17 565**	**6 213**
الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية	340 176	23.1	173 704	22.7	166 473	23.6	68 459	114 085	1 478	7 820	3 058
السل	35 792	2.4	21 829	2.9	13 962	2.0	3 754	6 034	20	633	482
الأمراض المنقولة جنسيا ما عدا الإيدز	15 839	1.1	5 808	0.8	10 031	1.4	2 837	3 351	110	601	98
الزهري	5 574	0.4	3 095	0.4	2 479	0.4	1 353	1 817	1	23	4
العدوى بالمتدثرات	6 128	0.4	902	0.1	5 226	0.7	829	837	91	389	63
السيلان	3 919	0.3	1 758	0.2	2 161	0.3	655	693	16	186	31
الإيدز والعدوى بفيروسه	90 392	6.1	44 366	5.8	46 026	6.5	15 605	57 046	504	1 145	714
أمراض الإسهال	62 227	4.2	32 399	4.2	29 828	4.2	8 070	13 424	108	1 838	882
أمراض الطفولة	50 380	3.4	25 151	3.3	25 229	3.6	15 396	11 043	50	202	256
الشاهوق	12 768	0.9	6 369	0.8	6 398	0.9	3 612	2 922	50	178	236
شلل الأطفال	184	0.0	95	0.0	89	0.0	16	7	0	6	1
الخناق	114	0.0	61	0.0	53	0.0	24	23	0	2	0
الحصبة	27 549	1.9	13 755	1.8	13 793	2.0	9 344	6 646	0	2	3
الكزاز (التيتانوس)	9 766	0.7	4 870	0.6	4 895	0.7	2 400	1 446	0	14	17
التهاب السحايا	5 751	0.4	3 011	0.4	2 740	0.4	698	817	47	437	46
التهاب الكبد[ج]	2 739	0.2	1 400	0.2	1 339	0.2	334	444	82	59	35
الملاريا	40 213	2.7	19 237	2.5	20 976	3.0	17 916	17 832	1	83	27
أمراض المناطق المدارية	12 289	0.8	8 271	1.1	4 018	0.6	3 051	3 012	9	701	109
داء المثقبيات	1 585	0.1	1 013	0.1	572	0.1	804	754	0	0	0
داء شاغاس	680	0.0	360	0.0	320	0.0	0	0	7	582	91
داء المنشقات	1 713	0.1	1 037	0.1	676	0.1	648	724	1	70	9
داء الليشمانيات	1 810	0.1	1 067	0.1	744	0.1	222	173	1	41	5
داء الفيلاريات اللمفي	5 549	0.4	4 245	0.6	1 304	0.2	894	966	0	8	1
داء كلابية الذنب	951	0.1	549	0.1	402	0.1	484	395	0	1	2
الجذام	141	0.0	76	0.0	65	0.0	8	8	0	15	0
حمى الدنج	433	0.0	286	0.0	147	0.0	2	4	0	3	7
التهاب الدماغ اليابانى	426	0.0	207	0.0	219	0.0	0	0	0	0	0
الحثر (التراخوما)	1 181	0.1	319	0.0	862	0.1	212	232	0	0	0
العدوى بالديدان المدورة المعوية	4 811	0.3	2 461	0.3	2 350	0.3	289	364	11	549	123
داء الصفر (الإسكارس)	1 252	0.1	636	0.1	616	0.1	48	70	3	168	27
داء المسلكات	1 640	0.1	836	0.1	803	0.1	50	70	5	239	46
داء الديدان الشصية	1 829	0.1	939	0.1	890	0.1	191	222	3	125	20
الأمراض التنفسية	97 658	6.6	50 452	6.6	47 206	6.7	13 210	17 823	561	2 400	1 144
أمراض المسالك التنفسية السفلى الحادة	94 222	6.4	48 786	6.4	45 436	6.4	12 933	17 467	509	2 233	1 095
أمراض المسالك التنفسية العليا الحادة	1 963	0.1	916	0.1	1 047	0.1	149	188	15	56	27
التهاب الأذن الوسطى	1 472	0.1	750	0.1	722	0.1	128	168	37	110	22
أمراض الأمومة	34 480	2.3	0	0.0	34 480	4.9	5 166	7 710	182	1 321	431
أمراض فترة ما حول الولادة	91 797	6.2	49 072	6.4	42 726	6.0	11 390	10 845	613	3 905	1 034
حالات العوز التغذوي	46 242	3.1	21 480	2.8	24 761	3.5	4 580	5 219	347	2 119	547
سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	16 483	1.1	8 298	1.1	8 185	1.2	2 578	2 904	34	763	239
عوز اليود	1 218	0.1	572	0.1	646	0.1	140	193	3	7	2
عوز الفيتامين أ	1 392	0.1	587	0.1	805	0.1	382	440	0	3	1
فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	26 650	1.8	11 807	1.5	14 843	2.1	1 468	1 680	306	1 341	237

الجدول 3 من الملحق عبء المرض بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs) حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة[أ]، تقديرات عام 2000

السبب [ب]	إقليم شرق المتوسط – مراتب معدلات الوفيات		الإقليم الأوروبي – مراتب معدلات الوفيات			إقليم جنوب شرق آسيا – مراتب معدلات الوفيات		إقليم غرب المحيط الهادئ – مراتب معدلات الوفيات	
	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين	منخفضة جداً في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال — عالية في البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين	منخفضة جداً في الأطفال– منخفضة جداً في البالغين	منخفضة في الأطفال وفى البالغين
السكان (بالآلاف)	*139 071*	*342 584*	*411 910*	*218 473*	*243 192*	*293 821*	*1 241 813*	*154 358*	*1 532 946*
	(بالآلاف)	**(بالآلاف)**	**(بالآلاف)**	**(بالآلاف)**	**(بالآلاف)**	**(بالآلاف)**	**(بالآلاف)**	**(بالآلاف)**	**(بالآلاف)**
مجموع الوفيات	**22 400**	**110 959**	**52 862**	**40 278**	**59 972**	**60 423**	**364 581**	**16 393**	**248 883**
1 – الأمراض السارية، وأمراض الأمومة، وأمراض فترة ما حول الولادة وحالات العوز التغذوي	**6 592**	**56 529**	**2 800**	**8 608**	**5 164**	**20 700**	**163 137**	**1 110**	**60 266**
الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية	2 965	28 474	1 097	3 118	2 608	9 745	76 637	397	20 234
السل	176	2 775	63	444	1 096	3 063	11 929	53	5 272
الأمراض المنقولة جنسيا ما عدا الإيدز	79	1 150	122	201	194	541	5 981	51	521
الزهري	3	316	1	24	4	33	1 932	1	62
العدوى بالمتدثرات	51	463	105	120	140	291	2 442	41	266
السيلان	20	313	15	35	38	215	1 505	8	189
الإيدز والعدوى بفيروسه	2	1 784	307	36	421	1 198	10 279	11	1 340
أمراض الإسهال	815	8 358	109	963	166	976	22 387	45	4 084
أمراض الطفولة	63	6 934	66	332	34	1 599	12 128	37	2 240
الشاهوق	42	2 204	63	63	29	133	2 737	36	462
شلل الأطفال	5	16	1	5	1	11	62	0	52
الخناق	0	16	0	6	1	4	35	0	4
الحصبة	10	2 882	1	252	2	1 212	5 989	1	1 206
الكزاز (التيتانوس)	7	1 816	1	6	1	239	3 306	0	516
التهاب السحايا	71	800	66	206	125	442	1 429	14	555
التهاب الكبد ج	73	181	45	142	46	98	756	56	389
الملاريا	47	1 898	2	19	0	292	1 582	2	514
أمراض المناطق المدارية	62	846	0	7	0	242	3 772	4	472
داء المثقبيات	0	26	0	0	0	0	0	0	0
داء شاغاس	0	0	0	0	0	0	0	0	0
داء المنشقات	43	154	0	0	0	3	1	0	60
داء الليشمانيات	16	124	0	6	0	6	1 210	0	9
داء الفيلاريات اللمفي	4	473	0	1	0	233	2 562	4	403
داء كلابية الذنب	0	69	0	0	0	0	0	0	0
الجذام	0	12	0	0	0	7	83	0	6
حمى الضنك	0	19	0	0	0	25	346	0	26
التهاب الدماغ الياباني	0	6	0	0	0	22	61	0	336
الحثر (التراخوما)	71	108	0	0	0	24	50	0	484
العدوى بالديدان المدورة المعوية	47	248	0	8	1	469	1 044	6	1 651
داء الصفر (الإسكارس)	20	83	0	7	0	114	123	1	588
داء المسلكات	1	31	0	0	0	194	202	2	799
داء الديدان الشصية	26	134	0	0	0	160	703	2	242
الأمراض التنفسية	1 279	10 120	676	2 264	951	3 456	29 005	381	14 387
أمراض المسالك التنفسية السفلى الحادة	1 212	9 929	612	2 182	894	3 350	28 134	358	13 316
أمراض المسالك التنفسية العليا الحادة	28	77	28	48	31	38	528	10	741
التهاب الأذن الوسطى	40	115	37	34	27	69	343	13	330
أمراض الأمومة	693	3 502	206	908	448	1 992	9 132	76	2 713
أمراض فترة ما حول الولادة	819	10 424	435	1 669	771	3 224	34 473	94	12 101
حالات العوز التغذوي	836	4 009	386	649	385	2 283	13 890	161	10 830
سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة	176	1 647	25	151	61	567	4 907	21	2 409
عوز اليود	31	173	5	27	32	32	486	2	85
عوز الفيتامين أ	3	161	0	1	0	6	373	0	23
فقر الدم الناجم عن عوز الحديد	588	1 890	352	445	266	1 624	8 053	137	8 264

الجدول 3 من الملحق عبء المرض بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs) حسب السبب والجنس ومراتب معدلات الوفيات في أقاليم المنظمة[أ]، تقديرات عام 2000

السبب [ب]	الجنس: الجنسان		الذكور		الإناث		الإقليم الأفريقي – مراتب معدلات الوفيات: عالية في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال- عالية جداً في البالغين	إقليم الأمريكتين – مراتب معدلات الوفيات: منخفضة جداً في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*6 045 172*		*3 045 372*		*2 999 800*		*294 099*	*345 533*	*325 186*	*430 951*	*71 235*
	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
2 الأمراض غير السارية	**679 484**	**46.1**	**352 434**	**46.0**	**327 050**	**46.3**	**28 701**	**36 552**	**38 260**	**49 550**	**8 658**
الأورام الخبيثة	78 508	5.3	42 208	5.5	36 300	5.1	2 741	3 942	5 624	4 320	628
سرطان الفم والحلقوم	4 379	0.3	3 152	0.4	1 227	0.2	124	297	110	119	16
سرطان المريء	4 096	0.3	2 721	0.4	1 375	0.2	56	237	133	127	7
سرطان المعدة	7 326	0.5	4 565	0.6	2 761	0.4	198	211	143	386	96
سرطان القولون/ المستقيم	5 659	0.4	3 074	0.4	2 585	0.4	132	171	617	260	26
سرطان الكبد	7 948	0.5	5 600	0.7	2 348	0.3	402	519	126	140	35
سرطان البنكرياس	1 867	0.1	1 064	0.1	803	0.1	31	53	242	114	11
سرطان الرغامي/ القصبات/ الرئة	11 418	0.8	8 303	1.1	3 115	0.4	98	157	1 443	481	27
سرطان الملانوما/ وأنواع سرطان الجلد الأخرى	690	0.0	387	0.1	303	0.0	35	60	133	54	5
سرطان الثدي	6 386	0.4	4	0.0	6 382	0.9	182	315	686	392	41
سرطان عنق الرحم	4 649	0.3	0	0.0	4 649	0.7	273	515	98	273	83
سرطان جسم الرحم	993	0.1	0	0.0	993	0.1	13	21	93	174	27
سرطان المبيض	1 651	0.1	0	0.0	1 651	0.2	44	95	149	85	13
سرطان البروستاتة	1 526	0.1	1 526	0.2	0	0.0	144	124	255	147	19
سرطان المثانة	1 329	0.1	998	0.1	331	0.0	69	64	116	50	5
اللمفومة وورم النقي المتعدد	3 994	0.3	2 569	0.3	1 424	0.2	317	366	396	224	41
ابيضاض الدم (اللوكيميا)	5 147	0.3	2 835	0.4	2 312	0.3	131	234	254	382	87
أورام أخرى	1 394	0.1	728	0.1	666	0.1	28	46	81	130	31
السكري	14 943	1.0	7 002	0.9	7 941	1.1	289	433	1 290	1 901	292
الاضطرابات التغذوية/ اضطرابات الغدد الصم	8 061	0.5	3 728	0.5	4 332	0.6	751	867	768	1 205	307
الاضطرابات العصبية النفسية	181 755	12.3	88 423	11.5	93 332	13.2	6 920	8 539	14 076	16 711	2 841
اضطراب الاكتئاب الأحادي القطب	64 963	4.4	25 901	3.4	39 063	5.5	1 906	2 154	5 031	5 589	867
الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	13 645	0.9	6 897	0.9	6 747	1.0	743	852	504	1 026	172
الفصام	15 686	1.1	8 013	1.0	7 672	1.1	732	827	509	1 221	204
الصرع	7 067	0.5	3 832	0.5	3 235	0.5	423	690	262	848	190
إدمان الكحول	18 469	1.3	15 844	2.1	2 624	0.4	368	858	3 032	2 848	446
مرض الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى	12 464	0.8	5 381	0.7	7 083	1.0	280	300	1 415	750	64
داء باركنسون	1 473	0.1	723	0.1	750	0.1	30	37	227	43	6
التصلب المتعدد	1 475	0.1	630	0.1	845	0.1	51	40	110	100	15
اضطرابات الاعتماد على الأدوية	5 830	0.4	4 535	0.6	1 295	0.2	526	601	697	788	227
اضطرابات الكرب اللاحقة للإصابات	3 230	0.2	896	0.1	2 335	0.3	141	158	176	200	31
اضطرابات الوسواس القهري	4 761	0.3	2 048	0.3	2 713	0.4	370	428	218	535	85
اضطرابات الهلع	6 591	0.4	2 239	0.3	4 352	0.6	336	386	262	494	83
الأرق (الأولي)	3 361	0.2	1 447	0.2	1 914	0.3	134	150	258	310	47
الشقيقة	7 539	0.5	2 045	0.3	5 494	0.8	182	236	490	729	146
اضطرابات الحواس	37 673	2.6	19 253	2.5	18 420	2.6	2 537	3 187	1 278	2 676	483
الزرق (الغلوكوما)	1 744	0.1	628	0.1	1 115	0.2	220	369	21	122	8
الساد (الكتركتا)	10 585	0.7	4 981	0.7	5 604	0.8	1 190	1 114	45	363	141
ضعف السمع عند البالغين	25 276	1.7	13 610	1.8	11 665	1.7	1 122	1 698	1 212	2 188	332
الأمراض القلبية الوعائية	150 975	10.3	80 325	10.5	70 651	10.0	5 049	6 445	7 240	7 753	1 064
المرض القلبي الروماتيزمي	6 528	0.4	2 773	0.4	3 755	0.5	320	446	53	113	78
المرض القلبي الإقفاري	55 682	3.8	31 997	4.2	23 685	3.4	1 526	1 721	3 288	2 673	255
الأمراض المخية الوعائية	45 677	3.1	23 072	3.0	22 606	3.2	1 439	2 058	1 594	2 735	317

الجدول 3 من الملحق عبء المرض بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs) حسب السبب والجنس ومراتب معدلات الوفيات في أقاليم المنظمة[أ]، تقديرات عام 2000

	إقليم شرق المتوسط		الإقليم الأوروبي			إقليم جنوب شرق آسيا		إقليم غرب المحيط الهادئ	
	مراتب معدلات الوفيات		مراتب معدلات الوفيات			مراتب معدلات الوفيات		مراتب معدلات الوفيات	
السبب ب	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين	منخفضة جداً في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	منخفضة في الأطفال وعالية في البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين	عالية في الأطفال وفي البالغين	منخفضة جداً في الأطفال ومنخفضة جداً في البالغين	منخفضة في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*139 071*	*342 584*	*411 910*	*218 473*	*243 192*	*293 821*	*1 241 813*	*154 358*	*1 532 946*
	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
2 الأمراض غير السارية	**12 654**	**43 155**	**45 608**	**26 860**	**41 365**	**31 624**	**155 306**	**13 643**	**147 547**
الأورام الخبيثة	1 086	2 514	8 659	3 278	5 706	3 160	12 398	2 820	21 633
سرطان الفم والحلقوم	30	277	291	107	217	259	1 978	59	495
سرطان المريء	36	114	233	107	150	34	804	96	1 960
سرطان المعدة	108	103	475	323	800	99	669	452	3 264
سرطان القولون/ المستقيم	60	115	1 082	283	606	287	442	397	1 181
سرطان الكبد	48	91	272	87	187	333	369	291	5 048
سرطان البنكرياس	16	19	365	113	289	53	134	143	282
سرطان الرغامى/ الشعب/ الرئة	121	211	1 665	604	1 093	369	1 223	430	3 495
سرطان الملانوما وأنواع سرطان الجلد الأخرى	10	19	146	43	92	11	29	27	27
سرطان الثدي	80	191	1 013	297	558	454	1 220	194	763
سرطان عنق الرحم	70	235	106	124	169	262	1 888	34	519
سرطان جسم الرحم	14	12	144	89	160	29	35	33	149
سرطان المبيض	9	61	234	70	200	118	281	58	233
سرطان البروستاتة	15	28	376	61	106	40	94	63	54
سرطان المثانة	22	100	273	87	166	48	134	41	152
اللمفومة وورم النقي المتعدد	94	271	445	136	186	230	720	115	454
ابيضاض الدم (اللوكيميا)	154	246	334	163	197	265	1 004	97	1 600
أورام أخرى	25	72	175	37	66	387	98	68	151
الداء السكري	366	963	1 008	667	841	764	3 294	457	2 378
الاضطرابات التغذوية/ اضطرابات الغدد الصم	178	912	618	183	162	381	498	220	1 008
الاضطرابات العصبية النفسية	3 812	10 497	15 285	6 599	9 196	7 669	39 250	3 878	36 482
اضطراب الاكتئاب الأحادي القطب	1 184	3 507	4 074	2 548	2 634	2 832	17 123	1 000	14 515
الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب	354	809	621	466	450	702	2 990	243	3 713
الفصام	453	956	595	559	437	1 055	3 538	235	4 365
الصرع	131	400	358	256	219	371	1 528	99	1 291
إدمان الكحول	18	303	2 691	297	2 253	304	1 910	595	2 546
مرض ألزهايمر وأشكال الخرف الأخرى	170	458	3 101	450	994	428	1 873	505	1 678
داء باركنسون	20	58	281	62	77	49	231	105	248
التصلب المتعدد	34	72	155	63	81	63	318	29	346
اضطرابات الاعتماد على الأدوية	391	214	717	156	295	120	511	250	335
اضطرابات الكرب اللاحقة للإصابات	78	180	207	123	131	179	706	81	841
اضطرابات الوسواس القهري	184	326	257	267	284	170	823	63	752
اضطرابات الهلع	174	397	323	241	237	361	1 479	128	1 691
الأرق (الأولى)	33	151	345	116	159	114	839	129	576
الشقيقة	144	394	747	250	240	334	1 686	155	1 805
اضطرابات الحواس	1 032	2 644	1 348	1 158	1 644	2 425	10 795	474	5 991
الزرق (الغلوكوما)	92	194	61	52	146	47	98	11	303
الساد (الكتركتا)	212	885	21	101	279	760	3 788	21	1 665
ضعف السمع عند البالغين	728	1 557	1 265	1 005	1 219	1 616	6 890	442	4 001
الأمراض القلبية الوعائية	2 852	10 287	9 533	8 262	15 586	6 771	39 658	2 584	27 892
المرض القلبي الروماتيزمي	85	501	81	177	232	279	2 384	22	1 757
المرض القلبي الإقفاري	1 321	2 795	4 066	3 536	7 887	2 327	16 435	797	7 055
الأمراض المخية الوعائية	600	2 101	2 732	2 415	5 284	1 936	6 950	1 268	14 248

الجدول 3 من الملحق عبء المرض بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs) حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة[أ]، تقديرات عام 2000

السبب [ب]	الجنس: الجنسان		الجنس: الذكور		الجنس: الإناث		الإقليم الأفريقي – مراتب معدلات الوفيات: عالية في الأطفال وفي البالغين	الإقليم الأفريقي – مراتب معدلات الوفيات: عالية في الأطفال/عالية جداً في البالغين	إقليم الأمريكتين – مراتب معدلات الوفيات: منخفضة جداً في الأطفال وفي البالغين	إقليم الأمريكتين – مراتب معدلات الوفيات: منخفضة في الأطفال وفي البالغين	إقليم الأمريكتين – مراتب معدلات الوفيات: عالية في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*6 045 172*		*3 045 372*		*2 999 800*		*294 099*	*345 533*	*325 186*	*430 951*	*71 235*
	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	المجموع (٪)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
المرض القلبي الالتهابي	6 631	0.5	3 860	0.5	2 771	0.4	334	435	390	409	48
الأمراض التنفسية	68 737	4.7	37 408	4.9	31 329	4.4	3 270	4 397	2 667	4 718	719
مرض انسداد الرئة المزمن	33 748	2.3	18 677	2.4	15 0/1	2.1	717	961	1 262	1 032	88
الربو	13 858	0.9	7 509	1.0	6 350	0.9	892	1 278	769	1 574	301
أمراض الجهاز الهضمي	48 874	3.3	29 367	3.8	19 507	2.8	2 764	3 501	1 677	3 676	779
مرض القرحة الهضمية	4 113	0.3	2 651	0.3	1 462	0.2	132	201	53	144	44
تليف الكبد	14 856	1.0	10 358	1.4	4 497	0.6	492	648	492	1 121	306
التهاب الزائدة الدودية	887	0.1	542	0.1	345	0.0	22	33	14	40	17
أمراض الجهاز البولي التناسلي	15 875	1.1	9 099	1.2	6 777	1.0	1 194	1 559	564	1 037	268
التهاب الكلية/ الكلاء	9 150	0.6	4 921	0.6	4 229	0.6	597	818	172	479	170
تضخم البروستاتا الحميد	2 304	0.2	2 304	0.3	0	0.0	122	134	84	193	28
الأمراض الجلدية	1 859	0.1	1 033	0.1	827	0.1	272	376	51	124	36
أمراض الجهاز العضلي العظمي	29 938	2.0	12 919	1.7	17 019	2.4	903	952	1 883	2 194	314
التهاب المفاصل الروماتويدي	5 099	0.3	1 434	0.2	3 665	0.5	55	45	331	604	92
الالتهاب العظمي المفصلي	16 446	1.1	6 650	0.9	9 796	1.4	574	598	1 024	941	113
حالات الشذوذ الخلقية	32 871	2.2	17 053	2.2	15 819	2.2	1 749	2 041	719	2 291	749
أمراض الفم	8 021	0.5	3 890	0.5	4 131	0.6	235	268	343	813	146
تسوس الأسنان	4 626	0.3	2 344	0.3	2 282	0.3	174	202	176	693	128
أمراض دواعم السن	293	0.0	148	0.0	144	0.0	14	16	13	20	3
الدرد	2 979	0.2	1 359	0.2	1 620	0.2	42	44	152	92	12
3 – الإصابات	**182 555**	**12.4**	**118 631**	**15.5**	**63 924**	**9.0**	**12 164**	**17 382**	**4 550**	**447**	**1 931**
الإصابات غير المتعمدة	136 485	9.3	87 309	11.4	49 176	7.0	8 605	11 122	3 099	7 565	1 285
حوادث المرور	41 234	2.8	30 333	4.0	10 902	1.5	2 289	3 473	1 512	2 781	326
التسمم	8 235	0.6	5 057	0.7	3 178	0.4	493	705	283	97	44
حالات السقوط	19 518	1.3	11 760	1.5	7 758	1.1	802	990	414	994	193
الحرائق	9 989	0.7	3 929	0.5	6 060	0.9	851	830	139	175	25
الغرق	13 263	0.9	8 874	1.2	4 389	0.6	1 428	1 260	124	588	59
الإصابات غير المتعمدة الأخرى	44 246	3.0	27 356	3.6	16 890	2.4	2 741	3 854	627	2 929	639
الإصابات المتعمدة	46 070	3.1	31 323	4.1	14 748	2.1	3 559	6 260	1 451	4 882	646
الإصابات الذاتية	19 257	1.3	11 145	1.5	8 112	1.1	245	432	799	604	117
العنف	16 122	1.1	12 438	1.6	3 683	0.5	1 246	2 420	641	4 208	515
الحروب	10 324	0.7	7 486	1.0	2 838	0.4	2 068	3 408	0	55	14

أ انظر قائمة الدول المرتبة حسب أقاليم المنظمة ومراتب الوفيات (الصفحات 233-236)

ب التقديرات الخاصة بأسباب محددة قد لا تبلغ مبلغ مجموعات الأسباب الأعم الأخرى نتيجة لإغفال الفئات المتبقية.

ج لا تشمل وفيات سرطان الكبد وتليف الكبد الناجمة عن عدوى فيروس التهاب الكبد المزمن.

الجدول 3 من الملحق عبء المرض بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs) حسب السبب والجنس ومراتب معدلات الوفيات في أقاليم المنظمة[أ]، تقديرات عام 2000

السبب ب	إقليم شرق المتوسط — مراتب معدلات الوفيات: منخفضة في الأطفال وفي البالغين	إقليم شرق المتوسط — مراتب معدلات الوفيات: عالية في الأطفال وفي البالغين	الإقليم الأوروبي — مراتب معدلات الوفيات: منخفضة جدا في الأطفال وفي البالغين	الإقليم الأوروبي — مراتب معدلات الوفيات: منخفضة في الأطفال وفي البالغين	الإقليم الأوروبي — مراتب معدلات الوفيات: منخفضة في الأطفال / عالية في البالغين	إقليم جنوب شرق آسيا — مراتب معدلات: منخفضة في الأطفال وفي البالغين	إقليم جنوب شرق آسيا — فيات: ية في الأطفال وفي البالغين	إقليم غرب المحيط الهادئ — مراتب معدلات الوفيات: منخفضة جدا في الأطفال منخفضة جدا في البالغين	إقليم غرب المحيط الهادئ — مراتب معدلات الوفيات: منخفضة في الأطفال وفي البالغين
السكان (بالآلاف)	*139 071*	*342 584*	*411 910*	*218 473*	*243 192*	*293 821*	*1 241 813*	*154 358*	*1 532 946*
	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)	(بالآلاف)
المرض القلبي الالتهابي	58	248	280	381	503	272	2 322	82	869
الأمراض التنفسية	701	4 036	2 648	1 597	2 170	2 784	13 917	856	24 256
مرض انسداد الرئة المزمن	178	827	1 239	731	1 241	959	5 206	179	19 127
الربو	308	918	717	346	237	678	2 718	380	2 743
أمراض الجهاز الهضمي	577	3 996	2 457	2 086	2 544	2 964	12 057	733	9 063
مرض القرحة الهضمية	34	178	133	118	227	289	1 310	37	1 213
تليف الكبد	136	628	931	765	932	857	4 116	215	3 216
التهاب الزائدة الدودية	6	19	16	14	19	33	538	5	111
أمراض الجهاز البولي التناسلي	387	1 431	547	579	727	981	3 117	227	3 258
التهاب الكلية/ الكلاء	174	1 022	196	271	184	649	2 351	103	1 965
تضخم البروستاتا الحميد	62	120	120	66	80	107	459	49	679
الأمراض الجلدية	11	156	68	33	89	164	296	14	167
أمراض الجهاز العضلي العظمي	480	1 395	2 289	328	1 688	1 465	6 542	936	7 571
التهاب المفاصل الروماتويدي	79	300	283	295	367	133	1 507	113	894
الالتهاب العظمي المفصلي	244	704	1 474	759	996	848	3 415	634	4 121
حالات الشذوذ الخلقية	743	3 606	621	669	595	1 071	11 699	238	6 082
أمراض الفم	405	645	352	384	350	638	1 687	140	1 615
تسوس الأسنان	197	356	200	189	167	241	1 053	76	775
أمراض دواعم السن	5	18	16	11	13	15	97	6	46
الدرد	201	255	133	182	169	377	503	58	759
3 ـ الإصابات	**3 153**	**11 275**	**4 454**	**4 810**	**13 443**	**8 098**	**46 138**	**1 639**	**41 070**
الإصابات غير المتعمدة	2 586	8 719	3 308	3 404	8 890	5 720	38 960	1 113	32 110
حوادث المرور	1 400	1 935	1 407	635	1 721	3 913	10 120	359	9 363
التسمم	52	524	128	348	1 799	106	2 293	20	1 342
حالات السقوط	467	1 474	742	577	956	697	4 388	198	6 624
الحرائق	118	1 010	58	134	334	233	5 397	30	646
الغرق	100	498	78	274	823	376	2 376	69	5 210
الإصابات العرضية الأخرى	449	3 277	895	1 435	3 258	394	14 386	436	8 925
الإصابات المتعمدة	567	2 556	1 147	1 406	4 553	2 379	7 178	526	8 960
الإصابات الذاتية	221	506	1 015	574	2 315	509	4 396	485	7 042
العنف	234	735	129	322	1 643	450	1 791	40	1 751
الحروب	112	1 254	1	472	570	1 388	822	0	154

الجدول 4 من الملحق متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة (HALE) في جميع الدول الأعضاء، تقديرات عام 2000

	الدولة العضو	متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة[أ] (بالسنوات)									سنوات العمر مع التمتع بالصحة التي يتوقع ضياعها مقدرة وقت الولادة (بالسنوات)		النسبة المئوية لإجمالي الضياع من متوسط العمر المأمول	
		مجموع السكان	الذكور				الإناث							
		عند الميلاد	عند الميلاد	فاصلة الارتياب	في سن الستين	فاصلة الارتياب	عند الميلاد	فاصلة الارتياب	في سن الستين	فاصلة الارتياب	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
1	الاتحاد الروسي	55.5	50.3	52.4-48.6	8.2	8.9-7.3	60.6	63.3-57.0	12.2	13.0-11.5	9.1	11.4	15.3	15.8
2	إثيوبيا	35.4	35.7	40.9-32.2	7.7	9.7-5.8	35.1	40.9-30.4	7.5	10.3-4.9	7.1	9.6	16.6	21.4
3	أذربيجان	55.4	53.3	56.3-50.6	12.2	14.0-10.8	57.5	60.8-54.3	14.6	16.5-12.9	8.4	11.4	13.6	16.5
4	الأرجنتين	63.9	61.8	64.0-59.6	13.2	14.6-12.0	65.9	68.6-63.0	16.0	17.5-14.8	8.4	11.9	12.0	15.2
5	الأردن	58.5	58.2	60.3-56.4	10.3	11.7-9.0	58.8	61.4-56.0	11.3	12.6-10.1	10.3	13.6	15.0	18.8
6	أرمينيا	59.0	56.9	58.6-55.0	9.7	10.6-8.8	61.1	64.1-58.1	12.0	13.1-10.9	7.5	10.1	11.7	14.2
7	إريتريا	41.0	41.4	45.0-38.1	8.3	10.0-6.5	40.5	45.0-36.5	8.1	10.7-5.6	7.7	10.4	15.7	20.4
8	أسبانيا	70.6	68.7	70.3-67.3	15.8	16.8-14.9	72.5	74.2-70.3	18.3	19.1-17.5	6.6	9.8	8.8	11.9
9	أستراليا	71.5	69.6	71.5-67.8	17.0	18.1-16.1	73.3	75.4-69.8	19.5	20.6-18.7	6.9	8.8	9.1	10.7
10	إستونيا	60.8	56.2	57.6-54.7	10.0	10.9-9.1	65.4	67.7-62.5	14.8	15.8-14.0	9.3	11.0	14.2	14.4
11	إسرائيل	69.9	69.3	71.0-67.7	16.2	17.3-15.2	70.6	72.9-68.3	17.1	18.4-15.8	7.3	10.0	9.6	12.4
12	أفغانستان	33.8	35.1	40.4-30.3	7.1	8.8-5.5	32.5	39.5-26.2	5.8	9.0-2.6	9.1	12.5	20.5	27.8
13	إكوادور	60.3	58.4	61.3-55.4	12.7	14.0-11.3	62.2	66.0-58.6	14.4	16.5-12.4	9.9	12.0	14.5	16.2
14	ألبانيا	59.4	56.5	59.3-54.4	11.4	12.6-10.3	62.3	64.8-59.9	14.4	16.0-13.0	7.9	10.6	12.2	14.5
15	ألمانيا	69.4	67.4	68.7-66.0	14.8	15.6-14.0	71.5	73.3-69.4	17.6	18.2-16.9	6.9	9.2	9.3	11.4
16	الإمارات العربية المتحدة	63.1	62.3	64.5-60.0	11.5	13.2-9.8	63.9	66.9-59.9	13.3	14.7-11.8	10.0	12.5	13.8	16.4
17	أنتيغوا وبربودا	61.9	61.7	64.8-58.4	14.8	16.3-13.5	62.1	65.2-59.0	15.4	16.9-14.1	10.1	14.5	14.1	18.9
18	أندورا	71.8	69.8	73.0-67.4	17.0	18.7-15.4	73.7	77.9-70.7	19.4	22.5-17.3	7.3	10.1	9.5	12.1
19	إندونيسيا	57.4	56.5	58.2-55.7	11.6	12.5-10.8	58.4	61.0-55.8	12.5	13.3-11.8	6.9	9.1	10.9	13.5
20	أنغولا	36.9	36.2	42.0-33.7	7.4	10.1-5.3	37.6	42.8-33.3	7.3	10.3-4.6	8.1	10.8	18.2	22.3
21	أوروغواي	64.1	61.7	64.6-59.0	12.6	13.6-11.6	66.5	69.4-63.5	15.8	17.7-14.0	8.4	11.4	11.9	14.6
22	أوزبكستان	54.3	52.7	56.3-49.2	9.9	11.9-7.9	55.8	60.2-51.5	11.6	13.7-9.6	9.4	12.2	15.1	17.9
23	أوغندا	35.7	36.2	39.8-33.4	7.7	9.3-6.2	35.2	39.6-31.1	7.4	10.0-4.9	7.2	9.4	16.7	21.1
24	أوكرانيا	56.8	52.3	53.7-51.0	8.1	8.9-7.3	61.3	63.5-58.0	11.8	12.5-11.3	10.3	12.0	16.4	16.4
25	أيرلندا	69.3	67.8	69.1-66.3	14.3	15.1-13.5	70.9	72.7-68.6	16.9	17.6-16.2	6.3	8.8	8.5	11.0
26	أيسلندا	71.2	69.8	71.5-68.1	16.2	17.4-15.1	72.6	74.9-70.3	18.6	19.6-17.6	7.3	9.3	9.5	11.3
27	إيطاليا	71.2	69.5	70.8-68.4	16.3	17.2-15.6	72.8	74.5-70.5	18.8	19.4-18.1	6.4	9.6	8.5	11.6
28	بابوا غينيا الجديدة	46.8	46.6	50.5-42.8	9.2	10.6-7.7	47.1	50.9-43.6	10.5	12.1-8.7	8.5	10.4	15.4	18.1
29	باراغواي	60.9	59.9	63.4-56.7	12.3	14.3-10.4	61.9	65.5-58.8	14.0	15.6-12.4	10.3	12.3	14.7	16.6
30	باكستان [ب]	48.1	50.2	54.2-46.6	9.8	11.2-8.7	46.1	51.1-41.5	8.7	11.8-5.6	10.0	14.7	16.6	24.1
31	بالاو	57.7	56.5	58.6-54.3	9.5	10.3-8.4	58.9	62.4-55.7	10.7	12.2-9.2	8.2	10.4	12.6	15.0
32	البحرين	62.7	63.0	65.2-61.0	11.3	12.8-9.8	62.3	65.1-59.1	11.4	12.6-10.2	9.7	12.4	13.3	16.6
33	البرازيل [ب]	57.1	54.9	58.1-51.4	10.7	12.0-9.2	59.2	64.1-54.8	12.6	15.2-9.8	9.5	12.7	14.8	17.6
34	بربادوس	63.3	62.3	65.0-59.7	13.4	14.9-12.1	64.3	67.7-60.9	16.1	18.4-14.1	9.3	13.4	13.0	17.2
35	البرتغال	66.3	63.9	65.4-62.5	13.6	14.4-12.7	68.6	70.5-66.2	16.0	16.7-15.3	7.8	10.7	10.9	13.5
36	بروني دار السلام	64.9	63.8	66.0-61.5	13.3	14.6-12.0	65.9	69.6-62.4	15.1	16.5-13.8	9.6	12.7	13.1	16.2
37	بلجيكا	69.4	67.7	69.2-66.2	15.3	16.2-14.5	71.0	73.0-69.0	18.0	18.7-17.2	6.9	9.9	9.2	12.2
38	بلغاريا	63.4	61.0	62.6-59.4	12.4	13.1-11.8	65.8	67.7-63.8	15.2	16.4-14.0	6.3	9.2	9.4	12.2
39	بليز	59.2	58.0	61.0-55.2	12.7	14.1-11.2	60.4	64.9-55.6	13.6	16.4-11.0	11.1	14.3	16.1	19.2
40	بنغلاديش	49.3	50.6	54.1-47.4	8.8	10.4-7.5	47.9	52.6-43.6	8.0	9.9-6.4	9.8	12.9	16.2	21.2
41	بنما	63.9	62.6	65.1-60.1	13.7	14.9-12.4	65.3	68.0-62.6	15.3	16.8-13.8	8.9	11.0	12.5	14.4
42	بنن	42.5	43.1	46.5-39.8	8.4	10.1-6.7	41.9	46.5-37.5	7.4	10.5-3.9	8.5	11.9	16.5	22.0
43	بوتان	49.2	50.1	55.1-44.8	9.3	11.1-7.5	48.2	53.7-43.5	8.8	11.7-6.1	10.3	14.3	17.0	22.9
44	بوتسوانا	37.3	38.1	42.0-34.3	8.3	10.1-6.4	36.5	40.0-33.2	8.9	11.5-6.3	6.5	7.9	14.6	17.7
45	بوركينا فاصو	34.8	35.4	38.3-32.5	8.0	9.7-6.2	34.1	37.9-30.5	7.4	10.0-4.9	7.2	9.5	16.8	21.7
46	بوروندي	33.4	33.9	37.5-30.4	7.6	9.1-6.0	32.9	36.9-29.3	7.7	10.3-5.4	6.7	8.5	16.5	20.5
47	البوسنة والهرسك	63.7	62.1	64.3-60.3	12.4	13.5-11.3	65.3	67.9-62.8	14.3	15.7-13.0	6.6	9.4	9.5	12.5
48	بولندا	61.8	59.3	60.5-57.9	10.9	11.7-10.1	64.3	66.7-61.2	13.8	14.6-12.9	10.0	13.4	14.4	17.2
49	بوليفيا	51.4	51.4	55.5-47.4	9.8	11.5-8.3	51.4	55.9-47.1	10.0	11.8-8.0	9.5	12.1	15.6	19.1
50	بيرو	58.8	57.8	60.6-55.2	12.0	13.6-10.5	59.8	63.6-56.2	13.6	15.8-11.6	8.9	11.8	13.4	16.4
51	بيلاروس	60.1	55.4	57.5-53.4	9.9	10.8-9.2	64.8	66.9-62.7	14.4	15.9-13.2	6.6	9.2	10.7	12.1
52	تايلند	59.7	57.7	59.7-55.7	13.2	14.3-12.1	61.8	64.9-57.9	14.4	15.5-13.4	8.4	10.5	12.6	14.6
53	تركمانستان	52.1	51.2	54.3-48.3	8.8	10.3-7.5	53.0	56.7-50.1	9.5	11.1-7.9	8.8	11.9	14.7	18.3
54	تركيا	58.7	56.8	58.2-55.4	11.2	12.1-10.3	60.5	63.2-57.4	13.4	14.2-12.7	10.0	12.0	14.9	16.5
55	ترينيداد وتوباغو	61.7	60.3	63.1-57.9	11.6	13.1-10.2	63.0	65.8-59.0	13.3	14.5-12.1	8.2	10.7	12.0	14.5

الجدول 4 من الملحق متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة (HALE) في جميع الدول الأعضاء، تقديرات عام 2000

		متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة[أ] (بالسنوات)									سنوات العمر مع التمتع بالصحة التي يتوقع ضياعها مقدرة وقت الولادة (بالسنوات)		النسبة المئوية لإجمالي الضياع من متوسط العمر المأمول	
		مجموع السكان	الذكــور				الإنـــاث							
	الدولة العضو	عند الميلاد	عند الميلاد	فاصلة الارتياب	في سن الستين	فاصلة الارتياب	عند الميلاد	فاصلة الارتياب	في سن الستين	فاصلة الارتياب	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
56	تشاد	39.3	38.6	43.7-35.3	7.4	9.4-5.5	39.9	44.5-36.1	7.5	10.5-4.6	8.7	11.2	18.4	22.0
57	توغو	42.7	42.7	46.5-39.3	8.6	10.7-6.7	42.7	46.8-39.3	8.6	10.9-6.5	7.9	10.3	15.5	19.4
58	توفالو	57.0	56.4	58.9-54.0	9.9	11.0-8.8	57.6	61.0-54.0	11.5	13.7-8.8	7.2	10.0	11.3	14.8
59	تونس	61.4	61.0	62.9-59.2	11.4	12.2-10.6	61.7	65.4-58.0	12.6	14.7-10.6	8.2	11.7	11.8	15.9
60	تونغا	60.7	59.3	61.9-57.0	11.6	13.0-10.3	62.0	65.2-58.4	13.6	15.0-12.3	8.1	10.8	12.0	14.9
61	جامايكا	64.0	62.9	65.8-59.8	14.6	15.9-13.5	65.0	68.1-62.1	15.7	17.7-13.7	10.0	11.5	13.7	15.1
62	الجزائر	58.4	58.4	61.9-55.8	11.1	13.1-9.4	58.3	62.2-54.5	11.0	12.9-8.9	9.7	12.9	14.3	18.1
63	جزر البهاما	58.1	57.2	60.5-54.0	12.4	14.7-10.2	59.1	64.0-54.2	12.6	15.2-10.1	10.8	15.7	15.9	21.0
64	جزر سليمان	59.0	58.0	61.5-55.1	11.2	13.3-9.4	60.1	63.8-56.6	12.4	14.1-10.7	8.6	11.3	12.9	15.9
65	جزر القمر	46.0	46.2	49.6-42.8	8.0	9.5-6.6	45.8	50.3-41.4	7.7	9.9-5.4	9.1	12.3	16.4	21.1
66	جزر كوك	60.7	60.4	62.8-58.1	11.4	12.3-10.4	61.1	64.9-57.7	13.0	14.6-11.6	8.3	11.0	12.0	15.3
67	جزر مارشال	56.1	54.8	57.9-51.9	10.4	12.2-8.8	57.4	60.3-54.3	12.3	14.2-10.6	7.9	10.4	12.7	15.3
68	الجماهيرية العربية الليبية	58.5	58.4	61.4-55.7	10.6	12.4-9.0	58.6	62.5-55.2	11.3	13.4-9.2	9.2	12.4	13.6	17.4
69	جمهورية أفريقيا الوسطى	34.1	34.7	38.2-31.6	8.2	9.8-6.6	33.6	37.3-30.3	7.9	9.8-5.9	6.9	8.9	16.7	20.9
70	جمهورية إيران الإسلامية	58.8	59.0	61.6-56.4	11.3	12.9-9.7	58.6	61.9-55.3	11.4	12.7-10.0	9.1	11.4	13.3	16.2
71	الجمهورية التشيكية	65.6	62.9	64.4-61.3	13.0	13.8-12.2	68.3	70.5-65.7	15.8	16.4-15.2	8.6	9.9	12.0	12.6
72	جمهورية تنزانيا المتحدة	38.1	38.6	42.7-35.4	7.8	9.8-5.9	37.5	41.1-34.0	7.7	10.2-5.2	7.2	9.6	15.7	20.4
73	الجمهورية الدومينيكية	56.2	54.7	58.2-50.9	12.3	13.5-11.0	57.7	61.9-53.4	13.0	15.0-11.0	10.8	14.0	16.4	19.5
74	الجمهورية العربية السورية	59.6	59.6	62.3-56.6	11.2	13.2-9.1	59.5	63.0-55.7	11.6	13.7-9.3	9.7	12.9	14.0	17.9
75	جمهورية الكونغو الديمقراطية	34.4	34.4	39.4-31.6	7.2	8.8-5.9	34.4	39.3-30.5	7.4	9.6-5.1	7.2	9.6	17.4	21.9
76	جمهورية فنزويلا البوليفارية	62.3	60.4	63.2-57.7	13.0	14.7-11.1	64.2	67.2-59.9	14.7	16.1-13.2	10.1	12.3	14.4	16.1
77	جمهورية كوريا	66.0	63.2	65.3-60.8	12.3	13.4-11.1	68.8	71.4-64.0	16.0	17.0-15.1	7.3	9.5	10.3	12.1
78	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	55.4	54.9	58.4-51.5	11.1	12.4-10.0	56.0	59.8-52.2	12.1	13.8-10.6	9.6	11.2	14.8	16.7
79	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	44.7	43.7	47.5-39.1	9.6	11.2-8.1	45.7	49.6-40.6	10.6	12.7-8.4	8.6	10.4	16.4	18.5
80	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	64.9	63.9	65.6-62.0	12.5	13.4-11.7	65.9	67.6-64.1	14.3	15.2-13.3	6.3	8.9	9.0	12.0
81	جمهورية مولدوفا	58.4	55.4	57.9-52.4	10.2	11.4-8.8	61.5	64.3-59.1	12.5	13.9-11.1	7.7	8.9	12.3	12.7
82	جنوب أفريقيا	43.2	43.0	45.0-41.1	9.1	10.5-7.9	43.5	46.4-40.5	10.4	12.1-8.7	6.6	8.6	13.3	16.5
83	جورجيا	58.2	56.1	58.3-54.1	9.5	10.5-8.5	60.2	62.8-57.3	11.1	11.9-10.3	9.6	11.6	14.6	16.1
84	جيبوتي	35.1	35.6	40.4-31.3	7.4	9.5-5.5	34.6	39.6-30.1	7.0	9.6-4.6	7.8	10.1	18.0	22.5
85	الدانمرك	69.5	68.9	70.3-67.5	15.7	16.6-14.9	70.1	72.0-68.2	16.5	17.3-15.8	5.3	8.4	7.2	10.7
86	دومينيكا	64.6	63.2	66.1-59.7	14.4	15.9-13.1	66.1	69.3-63.3	16.4	18.1-14.8	9.4	12.2	13.0	15.6
87	الرأس الأخضر	58.4	56.9	60.2-53.7	11.3	12.8-9.8	60.0	63.8-56.3	12.0	14.1-10.0	9.6	12.3	14.4	17.0
88	رواندا	31.9	32.0	36.5-29.6	7.0	9.4-4.8	31.8	36.2-28.3	7.2	9.2-5.3	6.5	8.7	17.0	21.5
89	رومانيا	61.7	59.5	61.4-57.4	12.1	12.9-11.0	64.0	66.8-61.6	14.4	15.7-13.1	6.8	9.5	10.2	12.9
90	زامبيا	33.0	33.7	37.0-30.6	8.2	9.6-6.8	32.3	36.1-28.9	8.5	11.5-5.5	5.5	7.2	14.1	18.3
91	زمبابوي	38.8	39.6	41.9-37.4	9.3	10.8-7.7	38.1	41.3-34.7	9.7	11.4-8.0	5.8	7.9	12.8	17.1
92	ساموا	59.9	58.2	60.6-55.6	12.3	13.7-10.9	61.6	64.4-59.0	14.3	16.0-12.7	8.5	11.3	12.7	15.6
93	سانت فنسنت وغرينادين	60.9	59.7	62.2-57.1	12.1	13.3-11.0	62.1	65.0-59.1	14.1	15.7-12.5	8.0	11.3	11.9	15.4
94	سانت كيتس ونيفيس	59.6	57.6	60.7-54.7	10.3	11.3-9.4	61.5	65.6-57.8	12.6	14.5-10.8	8.4	10.5	12.8	14.5
95	سانت لوسيا	62.0	60.7	63.0-58.1	12.5	13.8-11.3	63.3	66.5-60.0	13.9	15.6-12.1	8.5	10.9	12.2	14.7
96	سان تومي وبرينسيبي	50.0	50.3	53.6-46.8	9.6	11.0-8.0	49.7	54.7-44.8	9.2	10.6-7.5	10.0	12.2	16.6	19.8
97	سان مارينو	72.0	69.7	71.8-68.0	15.9	17.0-14.8	74.3	76.4-72.2	19.9	21.5-18.4	6.5	9.5	8.5	11.4
98	سري لانكا	61.1	58.6	61.5-55.7	12.5	14.1-10.9	63.6	67.0-61.0	14.6	16.6-12.8	9.0	11.7	13.4	15.6
99	السلفادور	57.3	55.3	58.7-52.0	11.9	13.5-10.5	59.4	63.3-55.3	13.3	15.9-10.7	11.0	13.9	16.6	19.0
100	سلوفاكيا	62.4	59.6	60.9-58.1	10.7	11.6-9.9	65.2	67.5-62.3	14.0	14.9-13.2	9.7	12.3	14.0	15.9
101	سلوفينيا	66.9	64.5	66.7-62.1	13.6	14.3-12.8	69.3	71.9-66.5	16.7	18.0-15.4	7.4	10.2	10.3	12.8
102	سنغافورة	67.8	66.8	69.0-64.3	14.5	15.8-13.1	68.9	71.7-65.8	16.2	18.0-14.6	8.6	11.3	11.4	14.1
103	السنغال	44.9	45.2	48.0-42.1	8.4	9.8-6.8	44.5	48.4-40.9	8.0	11.1-5.0	8.8	11.6	16.3	20.7
104	سوازيلند	38.2	38.8	44.2-34.1	9.3	11.5-7.0	37.6	42.7-32.6	9.6	12.0-7.5	6.0	8.0	13.3	17.4
105	السودان	45.1	45.7	49.3-42.2	8.3	10.1-6.5	44.4	50.2-39.2	7.8	9.6-5.8	9.8	13.4	17.6	23.1

الجدول 4 من الملحق متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة (HALE) في جميع الدول الأعضاء، تقديرات عام 2000

	الدولة العضو	مجموع السكان	الذكور				الإناث				سنوات العمر مع التمتع بالصحة التي يتوقع ضياعها مقدرة وقت الولادة (بالسنوات)		النسبة المئوية لإجمالي الضياع من متوسط العمر المأمول	
		عند الميلاد	عند الميلاد	فاصلة الارتياب	في سن الستين	فاصلة الارتياب	عند الميلاد	فاصلة الارتياب	في سن الستين	فاصلة الارتياب	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
106	سورينام	60.6	59.5	61.9-57.0	12.2	13.6-11.0	61.7	64.6-58.5	13.3	15.1-11.5	8.5	11.9	12.5	16.1
107	السويد	71.4	70.1	71.6-68.7	16.8	17.7-15.9	72.7	74.6-70.6	18.7	19.4-18.0	7.2	9.2	9.3	11.3
108	سويسرا	72.1	70.4	72.1-68.7	17.0	17.9-16.1	73.7	75.7-71.3	19.7	20.4-19.0	6.2	8.8	8.1	10.7
109	سيراليون	29.5	29.7	36.0-26.4	6.5	8.8-4.7	29.3	35.1-25.2	6.0	9.5-2.9	7.3	9.6	19.6	24.6
110	سيشيل	58.7	57.0	59.7-54.1	9.4	11.5-7.2	60.4	64.0-57.1	10.7	13.1-8.8	9.5	13.8	14.3	18.6
111	شيلي	65.5	63.5	66.0-61.5	13.1	14.5-11.8	67.4	70.3-64.5	15.7	17.1-14.4	9.0	12.1	12.4	15.2
112	الصومال	35.1	35.5	38.9-32.5	7.3	9.5-5.2	34.7	38.8-30.6	6.4	9.7-2.6	8.3	11.2	18.9	24.4
113	الصين	62.1	60.9	62.5-59.5	11.8	12.8-11.0	63.3	65.8-59.1	14.3	15.1-13.6	8.0	9.7	11.6	13.2
114	طاجيكستان	50.8	49.6	53.2-46.2	9.0	11.0-7.1	52.0	56.1-47.8	10.3	12.8-7.7	10.8	12.7	17.9	19.7
115	العراق	52.6	52.6	57.0-48.6	9.3	12.0-6.7	52.5	57.3-48.6	9.5	11.9-7.5	9.2	12.1	14.8	18.7
116	عُمان	59.7	59.2	61.4-57.2	10.3	11.9-8.8	60.3	63.1-56.6	12.0	13.5-10.5	10.3	13.2	14.8	17.9
117	غابون	46.6	46.8	50.0-42.9	9.2	10.8-7.7	46.5	49.9-42.6	9.3	11.2-7.6	7.8	10.4	14.2	18.4
118	غامبيا	46.9	47.3	50.6-44.1	8.5	10.3-6.8	46.6	50.8-42.4	8.1	10.5-6.0	8.6	12.1	15.4	20.6
119	غانا	46.7	46.5	49.7-43.4	8.9	10.8-6.9	46.9	51.1-43.5	9.0	11.3-6.5	8.5	11.0	15.5	18.9
120	غرينادا	61.9	62.1	65.1-59.5	14.0	15.4-12.6	61.8	65.7-57.8	14.1	16.4-12.0	8.8	11.5	12.4	15.7
121	غواتيمالا	54.7	53.5	57.2-49.9	11.3	13.6-9.1	56.0	59.7-52.3	11.7	13.5-10.0	10.1	12.6	15.8	18.3
122	غيانا	52.1	51.4	54.6-48.3	10.3	11.6-9.1	52.8	58.4 47.7	11.1	13.6-8.9	10.1	14.2	16.4	21.2
123	غينيا	40.3	40.4	44.0-36.7	7.3	9.1-5.6	40.1	45.5-35.9	7.0	10.3-3.9	8.6	11.9	17.5	22.8
124	غينيا الاستوائية	44.8	44.9	48.7-40.6	8.7	10.3-7.1	44.8	49.4-40.2	8.3	10.9-5.8	8.7	11.4	16.2	20.2
125	غينيا بيساو	36.6	36.7	39.8-33.6	7.2	9.1-5.1	36.4	40.3-33.0	7.1	10.1-4.1	7.7	10.5	17.4	22.3
126	فانواتو	56.7	56.0	59.7-52.6	10.9	12.6-9.4	57.4	61.8-53.6	11.7	13.8-9.9	8.2	10.8	12.8	15.8
127	فرنسا	70.7	68.5	69.5-67.4	16.6	17.2-15.9	72.9	74.5-71.4	19.4	20.0-18.9	6.7	10.2	8.9	12.2
128	الفلبين	59.0	57.0	59.4-54.3	11.5	12.6-10.3	60.9	64.3-57.7	13.6	15.5-11.9	7.7	10.2	11.9	14.3
129	فنلندا	68.8	66.1	67.2-64.9	14.8	15.4-14.0	71.5	73.0-69.9	17.9	18.5-17.4	7.6	9.5	10.3	11.7
130	فيجي	59.6	58.7	61.3-55.9	11.2	12.7-9.6	60.5	64.3-56.9	12.7	14.4-10.8	8.3	10.7	12.3	15.1
131	فييت نام	58.9	58.2	60.7-55.6	11.4	12.6-10.3	59.7	62.8-56.5	12.3	14.2-10.3	8.5	11.3	12.7	15.9
132	قبرص	66.3	66.4	68.7 64.6	14.5	16.3-12.9	66.2	68.8-63.4	14.1	15.7-12.8	8.4	12.7	11.2	16.1
133	قطر	60.6	59.3	62.6-56.5	9.2	11.4-7.0	61.8	65.4-58.4	11.6	13.6-9.8	11.1	13.2	15.7	17.6
134	قيرغيزستان	52.6	49.6	53.1-46.5	8.5	10.9-6.2	55.6	60.1-51.2	11.8	13.9-9.7	10.4	13.2	17.4	19.2
135	كازاخستان	54.3	50.5	53.1-48.0	10.9	11.9-9.9	58.1	60.6-55.6	14.6	16.0-13.1	7.5	10.3	13.0	15.0
136	الكاميرون	40.4	40.9	44.0-37.6	8.4	10.6-6.2	39.9	43.2-36.7	8.0	10.5-5.7	8.1	10.5	16.5	20.8
137	كرواتيا	64.0	60.8	62.0-59.5	11.4	12.1-10.8	67.1	69.2-64.7	15.2	15.8-14.6	9.0	10.6	12.9	13.6
138	كمبوديا	47.1	45.6	48.0-43.1	9.0	10.3-7.8	48.7	52.4-45.4	10.1	12.2-8.0	7.8	9.8	14.7	16.8
139	كندا	70.0	68.3	69.7-66.9	15.4	16.3-14.6	71.7	73.5 70.0	17.8	18.6-17.0	7.7	9.8	10.2	12.0
140	كوبا	65.9	65.1	67.2-63.0	14.5	15.6-13.4	66.7	68.8-64.4	15.5	16.9-14.1	8.6	10.9	11.6	14.0
141	كوت ديفوار	39.0	39.1	42.6-36.7	8.6	10.1-7.3	38.9	42.1-35.9	8.5	11.2-5.9	7.2	9.5	15.6	19.7
142	كوستاريكا	65.3	64.2	66.9-61.9	14.0	15,6-12.4	66.4	69.2-63.1	15.6	17.1-14.2	9.2	12.4	12.6	15.7
143	كولومبيا	60.9	58.6	61.0-56.2	12.9	14.2-11.6	63.3	66.2-59.8	14.0	15.1-12.8	8.6	11.8	12.8	15.7
144	الكونغو	42.6	42.5	47.0-39.3	8.7	11.0-7.0	42.8	47.2-39.1	8.9	11.7 -6.1	7.7	10.1	15.3	19.1
145	الكويت	64.7	64.6	66.8-62.1	12.4	13.8-10.8	64.8	68.0-61.4	13.0	15.0-10.7	9.6	12.0	13.0	15.6
146	كيريباتي	53.6	52.8	56.1-49.6	10.7	12.2-9.2	54.4	57.9-50.7	11.4	13.3-9.3	7.6	10.1	12.6	15.7
147	كينيا	40.7	41.2	44.4-38.7	9.3	10.7-8.0	40.1	43.8-36.7	9.1	11.0-7.0	7.0	9.4	14.5	19.1
148	لاتفيا	57.7	51.4	53.5-49.0	9.1	10.0-7.9	63.9	66.5-60.9	14.4	15.4-13.5	12.8	11.6	19.9	15.3
149	لبنان	60.7	60.3	63.1-57.6	11.3	12.8-9.6	61.1	65.1-57.4	12.2	14.3-10.3	8.9	12.2	12.8	16.7
150	لكسمبرغ	69.8	67.6	69.2-66.2	14.9	15.8-14.1	72.0	74.0-69.5	18.4	19.1-17.6	6.3	8.7	8.5	10.8
151	ليبيريا	37.8	38.2	42.4-34.0	7.3	8.5-6.1	37.4	41.5-33.5	6.9	9.5-4.3	8.4	11.7	18.1	23.9
152	ليتوانيا	58.4	53.6	55.5-51.6	10.1	11.0-9.0	63.2	65.9-60.2	14.2	15.2-13.2	13.3	14.0	19.8	18.2
153	ليسوتو	35.3	36.1	39.7-33.1	8.7	10.6-6.8	34.5	38.7-31.2	8.8	11.3-6.4	5.9	7.7	14.1	18.2
154	مالطة	70.4	68.7	70.2-67.3	15.6	16.5-14.7	72.1	74.1-69.7	17.7	18.5-16.9	6.7	8.6	8.9	10.7
155	مالي	34.5	34.8	39.3 31.5	7.1	8.9-5.9	34.1	38.9-29.5	7.2	10.1-4.3	7.9	10.5	18.5	23.5

الجدول 4 من الملحق متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة (HALE) في جميع الدول الأعضاء، تقديرات عام 2000

	الدولة العضو	مجموع السكان	متوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة[أ] (بالسنوات)								سنوات العمر مع التمتع بالصحة التي يتوقع ضياعها مقدرة وقت الولادة (بالسنوات)		النسبة المئوية لإجمالي الضياع من متوسط العمر المأمول	
			الذكــور				الإنــاث							
		عند الميلاد	عند الميلاد	هامش عدم اليقين	في سن الستين	هامش عدم اليقين	عند الميلاد	هامش عدم اليقين	في سن الستين	هامش عدم اليقين	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
156	ماليزيا	61.6	59.7	62.1-57.3	10.6	12.3-8.9	63.4	66.6-60.3	12.7	14.1-11.3	8.6	10.7	12.6	14.5
157	مدغشقر	42.9	43.2	46.1-40.6	8.0	9.5-6.4	42.6	47.3-38.0	7.5	10.9-4.6	8.5	12.0	16.5	22.1
158	مصر	57.1	57.1	58.8-55.4	9.9	11.2-8.6	57.0	59.3-54.1	10.0	11.2-8.9	8.3	12.0	12.6	17.4
159	المغرب	54.9	55.3	57.3-53.4	9.9	11.4-8.4	54.5	57.2-51.3	10.0	11.2-8.7	10.8	16.0	16.3	22.7
160	المكسيك	64.2	63.1	65.2-60.8	14.5	16.0-13.1	65.3	68.1-61.5	15.0	16.4-13.8	7.9	10.9	11.2	14.3
161	ملاوي	30.9	31.4	34.6-28.2	7,6	9,4-5,8	30,5	34,4-26,8	7.8	11.0-5,1	5,8	7.4	15.5	19.5
162	ملديف	52.4	54.2	58.2-50.3	10,1	11,9-8,4	50.6	55,9-46,4	8,6	10,8-6.1	10,4	13,8	16,1	21.5
163	المملكة العربية السعودية	59.5	58.3	61.1-55.0	10.5	12,3-8,4	60,7	64,9-56,5	12,1	14,2-9,8	9,7	12,8	14.3	17.4
164	المملكة المتحدة	69.9	68.3	69.7-66.8	15,3	16,1-14,4	71,4	73,1-69,2	17,4	18,1-16,7	6,5	8,5	8,7	10.6
165	منغوليا	52.4	50.3	54.3-46.3	10.8	12.6-9.0	54.5	58,2-50,8	12,7	15,1 10,4	10,9	12,4	17,6	18.5
166	موريتانيا	41.5	42.1	46.3-37.7	7,8	10,0-5,7	40,8	46,0-35,5	7,1	10,3-3,7	9,6	12,7	18,5	23,8
167	موريشيوس	60.5	58.6	61.3-55.6	10,1	11,5-8,6	62,5	66,3-58,4	12,3	14,6-10,1	9,1	12.2	13,4	16.3
168	موزامبيق	31.3	31.5	34.9-28.9	7,3	9,6-5.4	31,1	34,7-28,1	7,3	9,7-5,4	6.4	8,4	17,0	21,3
169	موناكو	71.7	69.4	72.1-67.5	17,2	18,8-16,0	73,9	76,7-71,1	20,2	22,4-18.4	7,4	10,5	9.6	12,4
170	ميانمار	49.1	47.7	51.6-43.8	9,2	10,9-7,6	50,5	54,3-45,7	10,1	12,1-7,8	8.5	10.7	15.1	17.4
171	ناميبيا	35.6	36.5	41.2-32.5	9,2	11,0-7,4	34,7	38,8-31,4	9,1	11,7-6,6	6,3	7,9	14,8	18,6
172	ناورو	52.9	50.4	54.4-47.0	7,9	9,5-6,6	55,4	60,2-51,0	10,5	13,2-8,2	8,3	11,1	14,1	16.7
173	النرويج	70.5	68.8	70.5-67.0	15,8	16,8-14,8	72,3	74,6-70,2	18,2	19,5-16,9	6,9	9,1	9.2	11,2
174	النمسا	70.3	68.1	69.4-66.9	15,2	16,0-14,5	72.5	74,3-70,3	18,4	19,2-17,8	6.8	8,9	9,0	10.9
175	نيبال	45.8	47.5	51.1-44.4	10,2	12,0-8,3	44,2	49.8-39.1	9.6	12.7-6.3	11.0	13.8	18.8	23.9
176	النيجر	33.1	33.9	37.7-30.9	6,6	9,3-3,8	32,4	37,6-27,1	5,8	8,4-3,2	8,8	11,5	20,7	26.2
177	نيجيريا	41.6	42.1	45.0-39.2	8,4	10,0-6,8	41,1	45,0-37,7	8,2	10,1-6,4	7,7	10.3	15,5	20.1
178	نيكاراغوا	56.9	55.8	60.3-51.8	11,3	13,4-9,6	58,0	62,4-54,3	12,5	14,7-10,6	10.6	13.0	16.0	18,3
179	نيوزيلندا	70.8	69.5	71.0-68.0	16,7	17,7-15,8	72,1	74,0-69,8	18,8	19,6-17.9	6.4	8,9	8,5	11,0
180	نيووي	61.1	60.8	64.2-57.1	13,0	14,7-11,4	61,4	65,2-58,6	13,8	16,2-11,9	8,7	11,4	12.6	15.6
181	هايتي	43.1	41.3	46.2-37.0	7.8	9,5-6,1	44.9	51,1-38,8	8,5	11.4-5,7	8,4	11.2	16.9	20.0
182	الهند	52.0	52.2	54.2-50.2	9.9	11,0-8.7	51,7	54,8-48,5	10,9	12,1-9,6	7.6	11.0	12,7	17,5
183	هندوراس	56.8	55.8	59.6-52.5	11,7	13,3-10,0	57,8	62,0-53,6	12,7	14.7-10,9	10.6	13,2	16,0	18.6
184	هنغاريا	59.9	55.3	56.9-53.7	9,4	10,3-8,3	64,5	66,7-61,8	13.8	14.6-13,0	11,0	10,7	16.5	14,2
185	هولندا [ب]	69.7	68.2	69.3-67.1	15,2	15,9-14,6	71,2	72,7-69,7	17,8	18.4-17,2	7,3	9,7	9.6	12,0
186	الولايات المتحدة الأمريكية [ب]	67.2	65.7	67.5-63.8	15,0	16,0-14,0	68,8	71,0-66,5	16,8	17,9-15,8	8,2	10,7	11,1	13,4
187	ولايــــات ميكرونيزيــــا	56.6	55.8	58.8-52.8	11.0	12.5-9,5	57,5	61.0-54,0	12,0	13,4-10,6	8,0	10,3	12,5	15,2
188	اليابان	73.8	71.2	72.5-69.9	17,6	18.4-16.8	76,3	77,8-74,6	21,4	22,5-20.3	6.3	8,4	8.1	9.9
189	اليمن	49.1	48.9	51.9-45.7	8,5	10,4-6,8	49,3	53,9-44,4	8,8	10,8-6,7	10,4	12,7	17.5	20.5
190	يوغوسلافيا	64.3	63.3	64.7-62.1	13,0	13,7-12,2	65,4	67,3-63,2	14,6	15.7-13,4	6,5	9,3	9,3	12,5
191	اليونان	71.0	69.7	70.8-68.5	16,0	16,6-15,2	72,3	74,0-69,9	17,6	18,3-17,1	5,7	8,5	7,6	10.5

أ التقديرات الخاصة بمتوسط العمر المأمول مع التمتع بالصحة لا يمكن مقارنتها بشكل مباشر مع التقديرات المنشورة في *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2000* نظرا للتحسينات التي أدخلت على المنهجية الاستقصائية واستخدام بيانات وبائية أحدث فيما يتعلق ببعض الأمراض. انظر الملاحظات على الملحق الإحصائي (الصفحات 192-199).

ب أرقام لم تقرها الدول الأعضاء بعد كإحصاءات رسمية.

الجدول 5 من الملحق مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عامي 1997 و1998

	الدولة العضو	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي		إنفاق القطاع العام كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي العام		إنفاق القطاع الخاص كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		إنفاق القطاع العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي العام		إنفاق الضمان الاجتماعي على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع العام على الصحة		الإنفاق الممول من الضرائب كنسبة مئوية من الإنفاق العمومي على الصحة	
		1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
1	الاتحاد الروسي	5.7	5.6	70.5	70.7	29.5	29.3	10.6	12.3	83.8	81.8	15.7	16.5
2	إثيوبيا	4.7	5.2	41.4	46.6	58.6	53.4	8.1	9.5	0.0	0.0	85.9	85.9
3	أذربيجان	2.3	2.5	73.4	73.1	26.6	26.9	7.6	6.5	0.0	0.0	92.2	92.1
4	الأرجنتين	8.0	8.1	55.2	55.0	44.8	45.0	20.1	20.0	60.2	59.5	39.7	40.4
5	الأردن	8.8	8.5	62.6	62.1	37.4	37.9	14.7	14.4	0.0	0.0	98.0	97.2
6	أرمينيا	7.8	7.4	41.5	42.9	58.5	57.1	12.2	13.0	0.0	0.0	92.1	88.8
7	إريتريا	4.4	5.4	65.8	66.1	34.2	33.9	5.3	4.5	0.0	0.0	83.1	82.6
8	أسبانيا	7.1	7.0	76.6	76.8	23.4	23.2	13.5	14.3	13.6	11.7	86.4	88.3
9	أستراليا	8.4	8.6	69.3	69.9	30.7	30.1	16.6	16.8	0.0	0.0	100	100
10	استونيا	6.3	6.0	88.5	86.3	11.5	13.7	15.2	13.3	72.2	77.2	26.7	21.2
11	إسرائيل	8.8	8.8	68.1	66.8	31.9	33.2	12.5	12.0	0.0	0.0	100	100
12	أفغانستان	1.4	1.6	52.6	57.7	47.4	42.3	3.6	4.2	0.0	0.0	92.5	96.2
13	إكوادور	3.7	3.6	50.8	45.9	49.2	54.1	7.0	6.8	48.8	44.1	49.1	53.5
14	ألبانيا	3.8	3.7	71.5	70.2	28.5	29.8	9.5	8.7	17.5	19.8	81.6	77.9
15	ألمانيا	10.5	10.3	76.6	75.8	23.4	24.2	16.7	16.4	90.7	91.6	9.3	8.3
16	الإمارات العربية المتحدة	3.7	4.1	79.3	79.7	20.7	20.3	7.9	7.4	0.0	0.0	100	100
17	أنتيغوا وبربودا	5.5	5.3	62.9	63.3	37.1	36.7	15.0	15.0	0.0	0.0	91.7	91.1
18	أندورا	9.3	10.6	86.6	89.0	13.4	11.0	22.1	24.8	84.8	66.6	15.3	33.4
19	إندونيسيا	2.4	2.7	23.8	25.5	76.2	74.5	2.8	3.3	14.1	20.8	70.9	60.3
20	أنغولا	4.1	4.6	47.9	53.8	52.1	46.2	6.1	6.4	0.0	0.0	89.1	87.5
21	أوروغواي	10.0	10.2	45.9	46.4	54.1	53.6	13.7	14.2	51.7	53.0	47.7	46.4
22	أوزبكستان	4.6	4.1	82.9	82.9	17.1	17.1	11.6	10.3	0.0	0.0	99.4	99.2
23	أوغندا	3.7	3.5	50.7	38.2	49.3	61.8	11.5	9.3	0.0	0.0	38.2	51.2
24	أوكرانيا	5.4	5.0	75.0	71.1	25.0	28.9	9.3	8.0	0.0	0.0	99.2	99.5
25	أيرلندا	6.9	6.8	75.6	76.8	24.4	23.2	14.8	15.7	8.3	9.0	91.7	91.0
26	أيسلندا	8.0	8.4	83.7	83.9	16.3	16.1	18.9	21.0	31.5	29.8	68.5	70.2
27	إيطاليا	7.7	7.7	72.2	71.9	27.8	28.1	11.2	11.4	0.4	0.1	99.6	99.9
28	بابوا غينيا الجديدة	3.3	3.9	89.4	91.4	10.6	8.6	9.6	12.3	0.0	0.0	83.5	77.8
29	باراغواي	7.5	7.3	33.1	37.7	66.9	62.3	13.6	14.9	47.8	44.9	48.7	38.1
30	باكستان	4.0	4.0	22.9	23.6	77.1	76.4	2.9	3.1	55.1	55.2	42.0	41.4
31	بالاو	6.1	6.4	87.5	88.0	12.5	12.0	8.9	9.1	0.0	0.0	78.6	83.6
32	البحرين	5.0	4.7	71.3	70.6	28.7	29.4	10.7	10.0	0.0	0.0	100	100
33	البرازيل	6.5	6.9	40.3	48.2	59.7	51.8	9.7	9.0	0.0	0.0	100	100
34	بربادوس	6.4	6.4	60.2	61.1	39.8	38.9	11.6	11.8	0.0	0.0	100	100
35	البرتغال	7.5	7.7	67.1	66.9	32.9	33.1	12.0	12.2	7.4	8.5	91.8	92.0
36	بروني دار السلام	5.4	5.7	40.6	43.5	59.4	56.5	4.5	5.0	0.0	0.0	100	100
37	بلجيكا	8.6	8.6	71.0	71.2	29.0	28.8	11.9	12.0	88.0	88.0	12.0	12.0
38	بلغاريا	4.4	4.1	80.0	78.3	20.0	21.7	8.9	8.1	10.5	14.3	89.5	85.7
39	بليز	4.9	5.8	52.9	59.9	47.1	40.1	8.1	10.4	0.0	0.0	95.8	97.0
40	بنغلاديش	3.8	3.8	34.7	36.5	65.3	63.5	5.8	6.9	0.0	0.0	87.4	89.0
41	بنما	7.6	7.5	66.7	68.9	33.3	31.1	18.7	18.5	60.6	61.8	38.8	37.5
42	بنن	3.1	3.2	48.5	49.4	51.5	50.6	6.0	6.3	0.0	0.0	85.8	83.4
43	بوتان	3.7	3.8	90.4	90.3	9.6	9.7	10.1	12.2	0.0	0.0	70.3	72.5
44	بوتسوانا	3.4	3.5	70.5	70.7	29.5	29.3	5.9	5.5	0.0	0.0	98.5	98.9
45	بوركينا فاصو	4.0	4.0	67.6	67.7	32.4	32.3	10.6	10.6	0.0	0.0	60.0	68.1
46	بوروندي	2.1	2.3	42.2	41.2	57.8	58.8	4.0	3.9	0.0	0.0	69.4	66.3
47	البوسنه والهرسك	4.0	3.9	55.4	57.1	44.6	42.9	6.2	6.4	0.0	0.0	69.1	71.3
48	بولندا	6.1	6.4	72.0	65.4	28.0	34.6	9.5	9.4	0.0	0.0	100	100
49	بوليفيا	4.7	5.0	63.9	65.6	36.1	34.4	9.1	10.0	65.3	64.8	24.9	25.8
50	بيرو	4.0	4.4	55.5	57.2	44.5	42.8	10.2	11.0	43.7	43.8	53.7	52.7
51	بيلاروس	6.2	6.1	87.2	86.1	12.8	13.9	11.6	11.9	0.0	0.0	99.9	99.1
52	تايلند	3.7	3.9	57.2	61.4	42.8	38.6	10.9	13.3	8.3	8.3	91.5	91.6
53	تركمانستان	3.9	5.5	74.5	79.2	25.5	20.8	11.7	16.7	9.9	5.3	87.7	93.2

الجدول 5 من الملحق مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عامي 1997 و1998

	الموارد الخارجية المكرسة للصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع العام على الصحة		التأمين الصحي في القطاع الخاص على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع الخاص على الصحة		النفقات المباشرة على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع الخاص على الصحة		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة بسعر الصرف الرسمي (دولار أمريكي)		نصيب الفرد من إنفاق القطاع العام على الصحة بسعر الصرف الرسمي (دولار أمريكي)		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة بالدولارات الدولية		نصيب الفرد من إنفاق القطاع العام على الصحة بالدولارات الدولية	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
1	0.5	1.7	...	...	72.4	73.6	173	109	122	77	418	317	295	225
2	14.1	14.1	0.0	0.0	87.6	86.1	5	6	2	3	25	28	11	13
3	7.8	7.9	0.0	0.0	100	100	11	13	8	9	42	49	31	36
4	0.2	0.2	24.8	24.8	75.2	75.2	657	667	363	366	995	1 019	549	560
5	2.0	2.8	0.0	0.0	83.1	82.7	147	147	92	91	355	348	222	216
6	7.9	11.2	0.0	0.0	100	100	34	37	14	16	165	174	69	75
7	16.9	17.4	0.0	0.0	100	100	9	10	6	7	37	47	25	31
8	0.0	0.0	23.4	23.6	76.6	76.4	995	1 026	762	788	1 104	1 215	846	933
9	0.0	0.0	29.2	24.8	49.5	53.5	1 680	1 672	1 164	1 172	1 950	2 080	1 351	1 457
10	1.1	1.7	...	...	97.9	96.6	203	217	179	188	503	516	445	445
11	...	...	0.0	0.0	81.7	84.1	1 561	1 501	1 064	1 003	1 630	1 607	1 111	1 074
12	7.5	3.8	0.0	0.0	100	100	6	8	3	5	9	11	5	6
13	2.1	2.4	10.5	10.3	65.4	63.8	62	59	31	27	124	119	63	55
14	0.9	2.3	45.9	45.1	54.1	54.9	28	36	20	25	104	128	74	90
15	0.0	0.0	29.5	29.5	52.2	52.8	2 708	2 697	2 074	2 044	2 225	2 382	1 703	1 806
16	0.0	0.0	19	19.9	65.9	64.7	729	752	578	600	743	739	589	589
17	8.3	8.9	...	...	100	100	480	498	302	315	517	527	326	333
18	0.0	0.0	...	...	100	100	1 307	1 566	1 132	1 394	1 912	2 226	1 655	1 982
19	15.0	18.9	4.4	3.9	95.6	96.1	25	12	6	3	78	54	18	14
20	10.9	12.5	0.0	0.0	100	100	26	24	13	13	58	60	28	32
21	0.6	0.6	63.3	63.7	36.7	36.3	662	697	304	324	884	943	406	438
22	0.6	0.8	0.0	0.0	100	100	26	26	22	21	98	97	81	80
23	61.8	48.8	0.6	0.5	59.1	54.2	12	11	6	4	32	30	16	11
24	0.8	0.5	0.0	0.0	100	100	53	42	40	30	189	158	142	112
25	0.0	0.0	32.9	35.7	54.6	49.2	1 512	1 567	1 144	1 203	1 498	1 583	1 133	1 216
26	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100	2 162	2 476	1 810	2 078	1 998	2 277	1 673	1 911
27	0.0	0.0	4.8	4.7	90.4	87.2	1 568	1 603	1 132	1 153	1 603	1 712	1 157	1 231
28	16.5	22.2	2.1	5.1	88.2	91.8	35	32	31	29	67	79	60	73
29	3.5	17.0	20.8	12.0	69.2	77.2	142	120	47	45	307	282	102	106
30	2.9	3.4	0.0	0.0	100	100	18	18	4	4	66	67	15	16
31	21.4	16.4	0.0	0.0	100	100	442	449	387	395	444	437	388	384
32	...	0.0	8.2	8.3	91.8	91.7	469	441	334	312	672	611	479	431
33	0.0	0.0	48.0	53.2	52.0	46.8	316	320	127	154	454	470	183	227
34	0.0	0.0	19.6	19.5	80.4	80.5	532	571	320	349	843	873	507	533
35	0.0	0.0	5.2	5.3	67.8	68.0	801	859	537	575	1 081	1 217	725	814
36	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100	956	872	389	379	992	985	403	428
37	0.0	0.0	6.8	7.0	46.7	48.0	2 063	2 110	1 465	1 502	1 944	2 122	1 380	1 510
38	...	0.0	0.0	0.0	93.5	93.5	54	61	43	48	156	161	125	126
39	4.2	3.0	0.0	0.0	100	100	143	170	76	102	246	293	130	176
40	12.6	11.0	0.0	0.0	95.0	93.9	10	12	4	4	40	42	14	16
41	0.6	0.6	16.8	16.9	76.8	76.8	241	255	161	175	412	427	275	294
42	14.2	16.6	0.0	0.0	100	100	11	12	6	6	23	24	11	12
43	29.7	27.5	0.0	0.0	100	100	23	23	21	21	68	71	62	64
44	1.5	1.1	52.9	48.1	37.1	41.3	119	120	84	85	196	207	138	147
45	40	31.9	0.0	0.0	100	100	9	9	6	6	30	32	20	21
46	30.6	33.7	0.0	0.0	100	100	3	3	1	1	10	11	4	5
47	30.9	28.7	0.0	0.0	100	100	13	15	7	9	178	205	99	117
48	...	0.0	0.0	0.0	100	100	228	264	164	173	465	535	334	350
49	9.8	9.4	7.8	7.8	85.7	85.7	48	53	31	35	109	119	70	78
50	2.6	3.4	6.6	6.9	80.4	80.0	98	100	54	57	188	197	104	112
51	0.1	0.9	0.0	0.0	100	100	83	79	73	68	293	477	256	411
52	0.1	0.1	13.6	15	86.1	84.8	93	71	53	44	221	197	126	121
53	2.4	1.6	0.0	0.0	100	100	23	32	17	25	117	172	87	136

الجدول 5 من الملحق   مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عامي 1997 و1998

	الدولة العضو	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي		إنفاق القطاع العام كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		إنفاق القطاع الخاص كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		إنفاق القطاع العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي العام		إنفاق الضمان الاجتماعي على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع العام على الصحة		الإنفاق الممول من الضرائب كنسبة مئوية من الإنفاق العمومي على الصحـ	
		1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
54	تركيا	4.2	4.9	71.5	71.9	28.5	28.1	10.7	11.5	39.0	43.8	61.0	56.2
55	ترينيداد وتوباغو	5.0	5.2	43.4	44.2	56.6	55.8	7.6	6.9	0.0	0.0	100	100
56	تشاد	3.1	2.9	79.3	78.6	20.7	21.4	13.2	12.6	0.0	0.0	78.0	65.7
57	توغو	2.8	2.4	42.8	50.0	57.2	50.0	4.3	4.3	0.0	0.0	84.7	83.2
58	توفالو	8.9	9.0	71.4	72.2	28.6	27.8	7.6	7.1	0.0	0.0	94.2	94.6
59	تونس	5.3	5.3	40.4	41.3	59.6	58.7	6.7	7.0	42.7	40.0	57.2	59.9
60	تونغا	7.9	7.7	46.8	46.1	53.2	53.9	13.1	14.2	0.0	0.0	90.7	90.8
61	جامايكا	5.4	5.5	53.5	53.0	46.5	47.0	8.7	8.1	0.0	0.0	97.3	96.4
62	الجزائر	4.0	4.1	79.8	80.2	20.2	19.8	11.3	12.4	66.7	66.7	33.3	33.3
63	جزر البهاما	6.5	6.8	53.7	55.7	46.3	44.3	13.7	15.9	0.0	0.0	100	100
64	جزر سليمان	3.5	4.4	95.3	95.8	4.7	4.2	11.4	11.4	0.0	0.0	85.2	82.2
65	جزر القمر	4.5	4.9	68.2	71.8	31.8	28.2	8.7	9.4	0.0	0.0	75.8	76.0
66	جزر كوك	5.3	5.3	67.1	68.3	32.9	31.7	10.3	10.6	0.0	0.0	99.8	99.8
67	جزر مارشال	9.2	9.5	61.9	61.6	38.1	38.4	14.1	13.9	0.0	0.0	61.5	62.3
68	الجماهيرية العربية الليبية	3.7	3.9	47.6	47.6	52.4	52.4	2.6	2.7	0.0	0.0	100	100
69	جمهورية أفريقيا الوسطى	2.4	2.4	51.4	48.9	48.6	51.1	4.0	3.8	0.0	0.0	75.7	72.9
70	جمهورية إيران الإسلامية	5.9	5.7	46.4	48.6	53.6	51.4	10.4	9.9	36.5	37.9	63.4	62.1
71	الجمهورية التشيكية	7.1	7.1	91.7	91.9	8.3	8.1	14.2	15.0	89.5	90.2	10.5	9.8
72	جمهورية تنزانيا المتحدة	5.1	4.9	47.1	48.5	52.9	51.5	14.8	14.9	0.0	0.0	63.3	56.1
73	الجمهورية الدومينيكية	6.4	6.5	29.1	28.3	70.9	71.7	10.5	10.2	22.3	21.9	75.4	74.3
74	الجمهورية العربية السورية	4.0	4.0	51.7	51.5	48.3	48.5	7.1	7.1	0.0	0.0	99.8	9.9
75	جمهورية الكونغو الديمقراطية	1.6	1.7	74.1	74.1	25.9	25.9	12.3	13.5	0.0	0.0	90.5	2.2
76	جمهورية فنزويلا البوليفارية	4.6	4.9	50.6	53.1	49.4	46.9	9.4	10.9	27.7	28.6	72.3	1.4
77	جمهورية كوريا	5.0	5.1	41.0	46.2	59.0	53.8	9.4	9.6	71.9	74.5	28.1	5.5
78	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	3.0	3.0	83.5	83.5	16.5	16.5	5.5	5.5	0.0	0.0	99.0	9.0
79	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	4.3	4.1	36.8	37.1	63.2	62.9	6.0	5.7	0.6	0.6	86.3	7.2
80	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	6.5	8.0	84.8	87.6	15.2	12.4	15.6	19.9	89.6	92.5	9.9	7.2
81	جمهورية مولدوفا	8.0	6.5	75.4	68.1	24.6	31.9	11.9	11.9	0.0	0.0	97.6	6.2
82	جنوب أفريقيا	10.3	8.7	47.3	43.6	52.7	56.4	12.7	11.6	0.0	0.0	99.8	9.7
83	جورجيا	4.4	4.8	8.6	7.1	91.4	92.9	2.6	2.3	0.0	0.0	91.6	1.8
84	جيبوتي	4.6	4.9	44.4	46.3	55.6	53.7	5.7	5.9	0.0	0.0	96.7	5.7
85	الدانمرك	8.2	8.3	82.3	81.9	17.7	18.1	12.1	12.5	0.0	0.0	100	100
86	دومينيكا	5.9	5.8	69.6	68.4	30.4	31.6	10.9	10.9	0.0	0.0	97.5	7.5
87	الرأس الأخضر	2.6	2.6	71.8	69.0	28.2	31.0	4.7	4.3	0.0	0.0	75.8	7.3
88	رواندا	5.2	5.0	34.1	37.2	65.9	62.8	8.7	9.8	0.9	0.9	28.5	4.3
89	رومانيا	4.1	3.8	62.9	56.9	37.1	43.1	7.5	7.9	18.7	21.6	80.3	7.4
90	زامبيا	6.0	5.6	56.5	57.3	43.5	42.7	13.4	12.6	0.0	0.0	60.7	7.0
91	زمبابوي	9.2	10.8	59.1	55.9	40.9	44.1	15.4	17.0	0.0	0.0	61.9	9.2
92	ساموا	3.5	3.5	71.4	68.9	28.6	31.1	12.5	12.4	0.0	0.0	97.8	3.0
93	سانت فنسنت وغرينادين	6.3	5.9	63.8	62.5	36.2	37.5	9.8	9.7	0.0	0.0	99.9	9.8

الجدول 5 من الملحق مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عامي 1997 و1998

	الموارد الخارجية المكرسة للصحة كنسبة مئوية من إجمالي إنفاق القطاع العام على الصحة		التأمينات الخاصة على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع الخاص على الصحة		النفقات المباشرة على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع الخاص على الصحة		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة للفرد الواحد بسعر الصرف الرسمي (دولار أمريكي)		نصيب الفرد من إنفاق القطاع العام على الصحة بسعر الصرف الرسمي (دولار أمريكي)		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة بالدولارات الدولية		نصيب الفرد من إنفاق القطاع العام على الصحة بالدولارات الدولية	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
54	0.0	0.0	0.2	0.2	99.6	99.6	125	150	90	108	273	326	195	234
55	0.0	0.0	5.8	5.6	87.5	87.8	228	248	99	109	358	308	155	176
56	22.0	34.3	0.0	0.0	100	100	7	7	5	5	19	19	15	15
57	15.3	16.8	0.0	0.0	100	100	10	9	4	4	34	31	15	16
58	5.8	5.4	0.0	0.0	100	100	125	110	90	79	300	293	214	212
59	0.1	0.1	0.0	0.0	90.9	91.5	109	115	44	47	282	310	114	128
60	9.3	9.2	0.0	0.0	100	100	143	123	67	57	276	266	129	123
61	2.7	3.6	7.6	7.3	50.6	48.6	154	159	83	84	260	265	144	141
62	...	...	0.0	0.0	100	100	67	71	54	57	140	148	112	118
63	0.0	0.0	...	...	92.6	92.6	726	778	390	434	859	910	461	507
64	14.8	17.8	0.0	0.0	6.7	6.3	43	38	41	36	100	92	95	88
65	24.2	24.0	0.0	0.0	100	100	13	15	9	11	36	40	25	28
66	0.2	0.2	0.0	0.0	100	100	276	241	185	165	423	419	284	286
67	38.5	37.7	0.0	0.0	100	100	144	143	89	88	187	184	116	113
68	...	...	0.0	0.0	90.9	90.9	345	344	164	164	286	290	136	138
69	24.3	27.1	0.0	0.0	77.3	78.0	7	7	3	3	19	21	10	10
70	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100	139	155	61	75	406	397	188	193
71	...	0.0	...	...	100	100	363	392	333	360	870	946	798	869
72	36.7	43.9	0.0	0.0	85.9	86.5	10	10	5	5	21	20	10	10
73	2.3	3.7	13.1	14.2	77.1	76.2	122	126	35	36	229	240	66	68
74	0.2	0.1	0.0	0.0	100	100	42	46	22	24	106	109	55	56
75	9.5	7.8	0.0	0.0	100	100	26	27	19	20	35	46	26	34
76	0.0	0.0	4.7	5.2	86.8	94.8	179	200	91	106	289	286	146	152
77	0.0	0.0	11.3	12.9	78.2	77.4	523	354	215	164	716	580	294	268
78	1.0	1.0	0.0	0.0	100	100	14	14	12	11	30	30	25	25
79	13.1	12.1	0.0	0.0	100	100	15	11	6	4	55	50	20	19
80	0.5	0.4	0.0	0.0	100	100	121	140	103	123	268	355	227	311
81	2.4	3.8	0.0	0.0	100	100	36	25	27	17	181	125	137	85
82	0.2	0.3	77.8	75.8	20.2	22.4	321	275	152	120	628	530	297	231
83	8.4	18.2	...	...	100	100	43	47	4	3	163	173	14	12
84	3.3	4.3	0.0	0.0	29.8	29.7	39	41	18	19	84	88	37	41
85	0.0	0.0	7.9	8.2	92.1	91.8	2 637	2 737	2 170	2 241	1 953	2 138	1 607	1 751
86	2.5	2.5	17.6	17.0	82.4	83.0	204	212	142	145	293	303	204	208
87	24.2	32.7	...	...	100	100	34	35	24	24	76	83	54	57
88	70.6	74.9	0.2	0.2	62.4	52.0	17	16	6	6	41	39	14	14
89	1.0	0.9	...	...	100	100	63	65	40	37	258	238	162	135
90	39.3	43.0	0.0	0.0	73.3	74.7	24	20	14	12	51	45	29	26
91	38.1	30.8	21.0	16.4	67.0	75.2	67	60	40	33	222	242	131	135
92	2.2	7.0	0.0	0.0	100	100	52	48	37	33	107	106	77	73
93	0.1	0.2	...	...	100	100	163	170	104	106	313	319	200	199

الجدول 5 من الملحق مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عامي 1997 و1998

	الدولة العضو	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي		إنفاق القطاع العام كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		إنفاق القطاع الخاص كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		إنفاق القطاع العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي العام		إنفاق الضمان الاجتماعي على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع العام على الصحة		الإنفاق الممول من الضرائب كنسبة مئوية من الإنفاق العمومي على الصحة	
		1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
94	سانت كيتس ونيفيس	4.7	4.7	68.4	67.6	31.6	32.4	10.9	10.9	0.0	0.0	92.5	92.6
95	سانت لوسيا	4.1	4.4	62.3	65.6	37.7	34.4	9.0	8.8	...	...	97.0	97.4
96	سان تومي وبرينسيبي	3.0	2.9	66.7	67.9	33.3	32.1	2.9	3.6	0.0	0.0	78.8	80.9
97	سان مارينو	7.6	7.7	85.2	85.7	14.8	14.3	9.9	10.1	93.6	94.6	6.4	5.4
98	سري لانكا	3.2	3.4	49.5	51.3	50.5	48.7	6.0	5.8	0.0	0.0	95.8	96.0
99	السلفادور	8.1	8.3	38.7	42.5	61.3	57.5	21.1	22.0	43.3	41.7	47.8	51.5
100	سلوفاكيا	7.1	6.3	91.4	90.7	8.6	9.3	13.7	12.5	66.2	73.4	33.8	26.6
101	سلوفينيا	8.9	8.7	79.3	78.7	20.7	21.3	16.3	15.6	96.3	98.6	3.7	1.4
102	سنغافورة	3.3	3.6	34.4	35.4	65.6	64.6	2.6	2.6	23.2	20.7	76.8	79.3
103	السنغال	4.5	4.5	55.7	58.4	44.3	41.6	13.1	13.1	0.0	0.0	83.6	86.9
104	سوازيلند	3.4	3.7	72.3	72.0	27.7	28.0	8.2	8.0	0.0	0.0	79.3	76.7
105	السودان	4.4	4.2	20.9	24.1	79.1	75.9	3.4	4.4	0.0	0.0	99.7	99.2
106	سورينام	6.7	7.1	60.2	62.2	39.8	37.8	19.9	14.1	44.7	42.1	22.8	22.7
107	السويد	8.1	7.9	84.3	83.8	15.7	16.2	11.3	11.4	0.0	0.0	100	100
108	سويسرا	10.4	10.6	55.2	54.9	44.8	45.1	10.9	10.4	71.6	72.3	28.4	27.7
109	سيراليون	3.0	2.8	41.4	40.4	58.6	59.6	7.2	7.3	0.0	0.0	73.2	78.6
110	سيشيل	6.8	6.9	72.3	69.4	27.7	30.6	8.8	7.9	0.0	0.0	78.0	73.1
111	شيلي	7.2	7.5	37.9	39.6	62.1	60.4	12.1	12.4	83.6	75.7	16.0	23.9
112	الصومال	2.4	2.0	62.5	62.4	37.5	37.6	5.6	4.5	0.0	0.0	92.6	81.5
113	الصين	4.2	4.5	39.4	38.8	60.6	61.2	13.6	12.8	87.0	80.1	12.6	19.3
114	طاجيكستان	3.0	2.3	66.0	61.5	34.0	38.5	9.4	8.2	0.0	0.0	96.5	97.5
115	العراق	4.2	4.2	58.9	59.1	41.1	40.9	12.5	13.5	0.0	0.0	100	100
116	عمان	3.2	3.6	82.1	81.6	17.9	18.4	6.9	7.3	0.0	0.0	100	100
117	غابون	3.1	3.0	66.5	66.7	33.5	33.3	6.2	6.4	0.0	0.0	92.6	92.9
118	غامبيا	3.0	3.2	78.7	78.2	21.3	21.8	11.5	11.9	0.0	0.0	86.2	82.9
119	غانا	3.6	4.3	55.1	54.0	44.9	46	9.6	9.0	0.0	0.0	72.1	77.3
120	غرينادا	4.6	4.5	65.7	64.0	34.3	36.0	10.4	10.4	0.0	0.0	98.2	98.8
121	غواتيمالا	4.3	4.4	44.9	47.5	55.1	52.5	15.5	14.0	57.7	55.3	36.3	37.9
122	غيانا	4.6	4.5	81.5	82.4	18.5	17.6	8.6	8.6	0.0	0.0	99.4	99.4
123	غينيا	3.6	3.6	57.2	60.4	42.8	39.6	9.7	12.9	0.0	0.0	73.9	73.2
124	غينيا الإستوائية	3.6	4.2	56.0	50.4	44.0	40.6	7.9	8.3	0.0	0.0	85.9	81.3
125	غينيا بيساو	3.9	4.0	64.0	65.1	36.0	34.9	2.2	1.9	0.0	0.0	79.2	76.9
126	فانواتو	3.3	3.3	64.2	63.6	35.8	36.4	9.6	9.6	0.0	0.0	51.6	51.7
127	فرنسا	9.4	9.3	76.1	76.1	23.9	23.9	13.5	13.6	96.8	96.8	3.2	3.2
128	الفلبين	3.6	3.6	43.4	42.4	56.6	57.6	6.7	6.6	11.8	8.8	83.5	84.7
129	فنلندا	7.3	6.9	76.1	76.3	23.9	23.7	10.3	10.5	19.6	19.8	80.4	80.2
130	فيجي	4.0	4.1	66.7	65.4	33.3	34.6	7.4	6.9	0.0	0.0	99.2	86.9
131	فييت نام	4.5	5.2	20.3	23.9	79.7	76.1	4.0	6.3	0.0	0.0	93.3	94.7
132	قبرص	6.4	6.3	36.3	37.9	63.7	62.1	6.3	6.4	80.9	80.0	19.1	20.0
133	قطر	4.0	4.4	76.3	76.6	23.7	23.4	7.6	7.8	0.0	0.0	100	100
134	قيرغيزستان	3.9	4.5	69.4	63.9	30.6	36.1	10.4	10.1	0.8	4.6	94.0	85.8
135	كازاخستان	4.9	5.7	76.4	70.6	23.6	29.4	17.6	13.4	26.9	28.3	72.8	70.7
136	الكاميرون	2.8	2.7	29.4	30.9	70.6	69.1	5.7	5.6	0.0	0.0	63.8	57.4
137	كرواتيا	8.2	8.8	80.5	81.7	19.5	18.3	13.2	13.7	92.6	86.1	7.4	13.9
138	كمبوديا	7.2	7.2	9.4	8.4	90.6	91.6	7.0	6.1	0.0	0.0	49.0	34.1
139	كندا	9.0	9.3	69.9	70.1	30.1	29.9	14.2	14.7	1.6	1.7	98.4	98.3
140	كوبا	6.3	6.4	87.5	87.6	12.5	12.4	10.0	10.3	20.9	19.4	79.0	80.5
141	كوت ديفوار	3.0	2.9	46.0	46.7	54.0	53.3	5.7	6.0	0.0	0.0	81.6	82.3
142	كوستاريكا	7.0	6.8	78.3	77.4	21.7	22.6	21.6	20.7	84.0	89.5	14.5	9.9
143	كولومبيا	9.3	9.3	57.6	54.8	42.4	45.2	18.2	17.4	40.3	38.4	59.5	61.3
144	الكونغو	2.8	3.0	64.6	67.2	35.4	32.8	4.8	4.3	0.0	0.0	84.5	80.3
145	الكويت	3.3	4.0	87.4	87.1	12.6	12.9	8.4	8.0	0.0	0.0	100	100

الجدول 5 من الملحق مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عامي 1997 و1998

	الموارد الخارجية المكرسة للصحة كنسبة مئوية من إجمالي إنفاق القطاع العام على الصحة		التأمينات الخاصة على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع الخاص على الصحة		النفقات المباشرة على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع الخاص على الصحة		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة بسعر الصرف الرسمي (دولار أمريكي)		إنفاق القطاع العام على الصحة بسعر الصرف الرسمي (دولار أمريكي)		إجمالي الإنفاق على الصحة بالدولارات الدولية		إنفاق القطاع العام على الصحة بالدولارات الدولية	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
94	7.5	7.4	...	...	100	100	320	349	219	236	501	530	343	358
95	3.0	2.6	...	...	100	100	169	186	105	122	231	255	144	167
96	21.3	19.1	0.0	0.0	100	100	10	8	6	6	26	25	17	17
97	0.0	0.0	...	...	100	100	2 288	2 404	1 949	2 060	1 606	1 674	1 369	1 435
98	4.2	4.0	1.0	1.0	99.0	99.0	26	29	13	15	89	99	44	51
99	8.9	6.8	2.7	3.3	97.1	96.7	153	164	59	70	328	343	127	146
100	...	0.1	...	...	83.3	85.2	270	251	247	228	695	652	635	592
101	0.0	0.0	48.1	49.1	51.9	50.9	811	852	643	671	1 240	1 340	984	1 055
102	0.0	0.0	...	...	100	100	846	792	291	280	679	744	233	263
103	16.4	13.1	0.0	0.0	100	100	23	23	13	14	47	50	26	29
104	20.7	23.3	0.0	0.0	100	100	52	51	37	37	160	167	116	120
105	0.3	0.8	0.0	0.0	100	100	120	121	25	29	60	60	13	14
106	32.4	35.2	...	...	100	100	148	140	89	87	276	225	166	140
107	0.0	0.0	...	...	100	100	2 272	2 144	1 914	1 797	1 709	1 731	1 440	1 450
108	0.0	0.0	25.7	23.8	72.0	72.6	3 720	3 877	2 052	2 127	2 532	2 861	1 396	1 570
109	26.8	21.4	0.0	0.0	100	100	6	5	3	2	23	22	10	9
110	22.0	26.9	0.0	0.0	77.8	75.3	500	509	362	353	765	806	553	559
111	0.4	0.4	33.7	33.8	66.3	66.2	371	369	141	146	642	664	243	263
112	7.4	18.5	0.0	0.0	100	100	5	4	3	3	13	11	8	7
113	0.4	0.6	0.0	0.0	78.9	80.2	31	34	12	13	127	143	50	55
114	3.5	2.5	0.0	0.0	100	100	5	5	3	3	40	37	26	23
115	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100	125	149	74	88	195	209	115	124
116	0.0	0.0	0.0	0.0	49.9	51.1	303	294	249	240	327	353	268	288
117	7.4	7.1	0.0	0.0	100	100	138	122	92	81	182	181	121	121
118	13.8	17.1	0.0	0.0	100	100	11	11	8	9	44	48	35	38
119	27.9	22.7	0.0	0.0	100	100	14	18	8	10	77	96	42	52
120	1.8	1.2	...	...	100	100	157	172	103	110	264	286	174	183
121	6.1	6.9	3.8	4.5	92.3	93.2	73	78	33	37	160	168	72	80
122	0.6	0.6	...	...	93.9	100	45	45	37	37	113	115	92	94
123	26.1	26.8	0.0	0.0	100	100	18	17	10	11	53	55	30	33
124	14.1	18.7	0.0	0.0	100	100	42	44	24	26	101	121	57	72
125	20.8	23.1	0.0	0.0	100	100	9	10	6	6	27	27	17	18
126	48.4	48.3	0.0	0.0	100	100	46	41	29	26	96	95	62	61
127	0.0	0.0	51.7	52.7	44.0	43.0	2 251	2 297	1 712	1 747	1 905	2 074	1 449	1 578
128	4.7	6.4	3.4	3.4	82.9	83.2	41	32	18	14	162	144	70	61
129	0.0	0.0	10.4	10.5	83.0	82.4	1 739	1 735	1 323	1 323	1 495	1 570	1 137	1 198
130	0.8	13.1	0.0	0.0	100	100	106	82	70	54	184	170	123	111
131	6.7	5.3	0.0	0.0	100	100	15	19	3	4	90	112	18	27
132	0.0	0.0	...	...	97.9	96.9	714	728	259	276	904	966	328	367
133	0.0	0.0	0.0	0.0	24.7	24.4	836	842	638	645	919	919	701	705
134	5.2	9.6	...	...	100	100	15	15	10	10	92	105	64	67
135	0.3	1.1	...	...	100	100	81	66	62	47	231	214	176	151
136	36.2	42.6	...	...	81.6	80.8	17	17	5	5	32	33	9	10
137	...	0.0	0.0	0.0	100	100	354	408	285	334	549	623	442	509
138	51.0	65.9	0.0	0.0	100	100	18	16	2	1	54	54	5	5
139	0.0	0.0	36.1	37.5	56.9	55.6	1 876	1 847	1 311	1 296	2 183	2 363	1 525	1 657
140	0.1	0.1	0.0	0.0	100	100	131	138	114	121	282	303	247	266
141	18.4	17.7	14.9	14.0	85.1	86.0	21	22	10	10	47	50	22	23
142	0.6	0.6	3.0	3.0	97.0	97.0	239	245	187	189	448	460	351	356
143	0.2	0.2	38.9	38.6	61.1	61.4	247	226	142	124	433	413	249	227
144	15.5	19.7	0.0	0.0	100	100	24	20	15	14	45	48	29	33
145	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100	580	565	507	492	554	536	485	467

الجدول 5 من الملحق مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عامي 1997 و1998

الدولة العضو	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي		إنفاق القطاع العام كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		إنفاق القطاع الخاص كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة		إنفاق القطاع العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي العام		إنفاق الضمان الاجتماعي على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع العام على الصحة		الإنفاق الممول من الضرائب كنسبة مئوية من الإنفاق العمومي على الصحة	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
146 كيريباتي	8.9	8.4	99.1	99.2	0.9	0.8	12.9	11.8	0.0	0.0	98.5	98.3
147 كينيا	7.6	7.6	28.2	28.1	71.8	71.9	7.9	7.8	13.5	13.6	60.1	59.9
148 لاتفيا	6.0	6.7	60.6	61.8	39.4	38.2	9.6	9.6	52.5	49.0	47.4	50.3
149 لبنان	11.3	11.6	20.6	18.0	79.4	82.0	5.4	6.4	5.9	14.7	84.9	76.9
150 لكسمبرغ	5.9	6.0	92.5	92.4	7.5	7.6	12.5	12.7	86.0	82.7	14.0	17.3
151 ليبريا	2.5	2.4	66.7	66.0	33.3	34.0	6.7	7.7	0.0	0.0	88.8	83.1
152 ليتوانيا	6.6	6.6	73.9	73.0	26.1	27.0	14.4	14.8	68.6	89.9	31.4	10.1
153 ليسوتو	5.3	6.0	76.0	78.3	24.0	21.7	12.4	10.8	0.0	0.0	79.5	82.0
154 مالطة	8.2	8.4	70.9	69.3	29.1	30.7	14.0	14.1	62.7	62.4	37.3	37.6
155 مالي	4.2	4.4	45.8	46.5	54.2	53.5	7.8	8.3	0.0	0.0	74.9	75.6
156 ماليزيا	2.3	2.5	57.6	57.7	42.4	42.3	5.6	6.0	0.0	0.0	98.8	98.5
157 مدغشقر	2.3	2.3	57.2	57.8	42.8	42.2	7.6	7.7	0.0	0.0	87.1	83.2
158 مصر	4.3	4.6	31.8	30.8	68.2	69.2	4.5	4.4	39.6	39.5	56.1	55.2
159 المغرب	4.6	4.4	28.6	30.0	71.4	70.0	3.9	3.9	8.4	8.5	89.8	89.8
160 المكسيك	5.4	5.3	43.6	48.0	56.4	52.0	6.0	7.2	72.7	70.4	27.3	29.5
161 ملاوي	7.3	7.2	50.6	50.3	49.4	49.7	14.6	14.5	0.0	0.0	61.3	67.5
162 ملديف	7.1	7.2	74.5	72.3	25.5	27.7	10.9	10.0	0.0	0.0	91.6	91.9
163 المملكة العربية السعودية	4.0	4.1	80.2	77.5	19.8	22.5	9.4	10.9	0.0	0.0	100	100
164 المملكة المتحدة	6.7	6.8	83.7	83.3	16.3	16.7	13.7	14.3	11.6	11.8	88.4	88.2
165 منغوليا	5.0	6.2	62.7	65.4	37.3	34.6	13.4	14.7	36.8	39.9	51.8	55.3
166 موريتانيا	2.9	3.3	69.7	69.1	30.3	30.9	7.7	10.5	0.0	0.0	84.8	79.4
167 موريشيوس	3.4	3.4	51.1	51.8	48.9	48.2	7.1	7.1	0.0	0.0	79.1	80.2
168 موزامبيق	3.9	3.8	56.2	57.7	43.8	42.3	11.2	11.1	0.0	0.0	39.8	38.7
169 موناكو	7.0	7.2	50.0	49.3	50.0	50.7	17.8	17.9	93.8	94.1	6.3	5.9
170 ميانمار	1.6	1.5	20.3	15.1	79.7	84.9	3.6	3.9	3.4	2.8	93.1	93.7
171 ناميبيا	7.9	8.2	54.3	54.3	45.7	45.7	11.1	12.0	0.0	0.0	91.6	93.2
172 ناورو	4.9	4.9	97.4	97.4	2.6	2.6	9.6	9.7	0.0	0.0	100	100
173 النرويج	8.0	8.6	83.0	82.8	17.0	17.2	14.7	14.8	0.0	0.0	100	100
174 النمسا	7.9	8.0	71.4	71.8	28.6	28.2	11.1	11.2	59.5	59.6	40.5	40.4
175 نيبال	4.7	5.4	20.6	23.5	79.4	76.5	5.3	6.2	0.0	0.0	67.1	66.2
176 النيجر	3.0	3.0	51.1	48.6	48.9	51.4	6.0	5.5	0.0	0.0	61.0	63.8
177 نيجيريا	1.9	2.1	27.0	39.4	73.0	60.6	3.5	5.1	0.0	0.0	53.8	60.5
178 نيكاراغوا	5.9	5.7	61.3	62.8	38.7	37.2	22.1	22.3	18.7	17.6	61.2	66.5
179 نيوزيلندا	7.6	8.1	77.3	77.0	22.7	23.0	12.7	13.5	0.0	0.0	100	100
180 نيووي	7.6	6.7	97.3	96.7	2.7	3.3	13.0	12.6	0.0	0.0	100	100
181 هايتي	3.6	3.6	33.5	28.5	66.5	71.5	10.8	9.7	0.0	0.0	63.4	66.7
182 الهند	5.5	5.1	15.3	18.0	84.7	82.0	4.7	5.6	0.0	0.0	96.0	96.4
183 هندوراس	6.4	6.4	55.4	60.8	44.6	39.2	17.0	18.9	9.7	9.8	84.9	84.6
184 هنغاريا	6.8	6.8	75.3	76.5	24.7	23.5	10.4	9.7	35.5	38.0	64.5	62.0
185 هولندا	8.7	8.7	68.9	68.6	31.1	31.4	12.7	12.9	93.8	94.0	6.2	6.0
186 الولايات المتحدة الأمريكية	13.0	12.9	45.5	44.8	54.5	55.2	17.3	16.9	31.9	33.2	68.1	66.8
187 ولايات ميكرونيزيا الموحدة	10.7	10.5	56.7	55.3	43.3	44.7	11.3	11.2	0.0	0.0	63.0	61.5
188 اليابان [أ]	7.4	7.5	79.5	78.1	20.5	21.9	16.5	13.6	89.0	89.2	11.0	10.8
189 اليمن	2.9	3.9	37.9	39.1	62.1	60.9	3.3	3.9	0.0	0.0	90.1	89.2
190 يوغوسلافيا	6.7	5.6	58.6	50.9	41.4	49.1	13.8	10.5	0.0	0.0	100	99.9
191 اليونان	8.7	8.4	55.2	56.3	44.8	43.7	9.4	9.3	28.0	39.0	72.0	61.0

[أ] البيانات الخاصة باليابان لعام 1998 غير نهائية وهي تقوم على الحسابات الصحية الوطنية اليابانية التي تم تقديرها في إطار التنفيذ الاسترشادي لدليل منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي المعنون " A System of Health Accounts " . وعليه فإن إمكانية المقارنة بين البيانات عبر الزمن محدودة وهناك عدة انقطاعات في سلاسل الأرقام .

... بيانات غير متوافرة أو لا تنطبق .

الجدول 5 من الملحق مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عامي 1997 و1998

	الموارد الخارجية المكرسة للصحة كنسبة مئوية من إجمالي إنفاق القطاع العام على الصحة		التأمينات الخاصة على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع الخاص على الصحة		النفقات المباشرة على الصحة كنسبة مئوية من إنفاق القطاع الخاص على الصحة		نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة بسعر الصرف الرسمي (دولار أمريكي)		نصيب الفرد من إنفاق القطاع العام على الصحة بسعر الصرف الرسمي (دولار أمريكي)		إجمالي الإنفاق على الصحة بالدولارات الدولية		إنفاق القطاع العام على الصحة بالدولارات الدولية	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
146	1.5	1.7	0.0	0.0	100	100	54	47	54	47	140	138	138	137
147	26.3	26.5	4.7	4.5	73.9	74.3	28	30	8	8	104	104	29	29
148	0.1	0.7	...	...	100	100	138	167	84	103	359	419	218	259
149	9.2	8.4	1.5	13.6	95.2	85.0	503	534	104	96	608	594	125	107
150	0.0	0.0	19.5	21.5	59.2	58.0	2 461	2 574	2 276	2 379	1 998	2 214	1 848	2 046
151	11.2	16.9	0.0	0.0	100	100	1	1	1	1	25	24	17	16
152	...	...	...	...	90.9	90.9	171	192	126	140	448	462	331	337
153	20.5	18.0	0.0	0.0	100	100	28	27	21	21	77	77	58	60
154	0.0	0.0	...	...	100	100	715	761	507	527	1 011	1 135	717	786
155	25.1	24.4	...	...	89.8	87.2	10	11	5	5	23	26	11	12
156	1.2	1.5	0.0	0.0	100	100	110	84	63	48	194	168	112	97
157	12.9	16.8	...	...	100	100	6	6	3	3	19	20	11	12
158	4.3	5.3	0.4	0.4	93.2	93.8	51	56	16	17	132	144	42	44
159	1.8	1.7	23.1	23.2	76.8	76.7	54	54	16	16	137	145	39	43
160	0.0	0.0	2.7	4.0	93.7	92.1	228	234	99	112	443	443	193	212
161	38.7	32.5	1.6	2.2	35.4	34.1	18	12	9	6	35	33	18	17
162	8.4	8.1	0.0	0.0	100	100	91	96	68	69	198	211	147	152
163	...	0.0	10.5	9.5	31.9	38.1	310	316	248	245	461	459	370	356
164	0.0	0.0	21.3	20.8	67.1	66.8	1 499	1 628	1 254	1 357	1 457	1 512	1 220	1 260
165	11.4	4.8	0.0	0.0	73.3	74.5	22	24	14	16	79	88	49	58
166	15.2	20.6	0.0	0.0	100	100	13	13	9	9	32	38	22	26
167	20.9	19.8	...	...	100	100	122	117	62	61	264	280	135	145
168	60.2	61.3	0.0	0.0	41.2	41.7	8	8	4	5	23	25	13	14
169	0.0	0.0	...	...	100	100	1 661	1 772	831	873	1 435	1 628	718	802
170	3.4	3.5	...	...	100	100	65	86	13	13	24	32	5	5
171	8.4	6.8	91.3	91.3	3.0	2.9	155	145	84	79	330	337	179	183
172	...	...	0.0	0.0	100	100	168	141	164	138	523	507	510	493
173	0.0	0.0	...	...	88.9	90.8	2 831	2 848	2 348	2 359	2 148	2 246	1 782	1 860
174	0.0	0.0	27.0	25.9	58.8	58.8	2 024	2 097	1 445	1 506	1 723	1 919	1 231	1 377
175	32.9	33.8	0.0	0.0	73.5	72.4	11	11	2	3	51	58	11	14
176	39.0	36.2	0.0	0.0	81.4	80.2	5	5	3	3	16	17	8	8
177	46.2	39.5	...	...	100	100	20	24	5	10	17	18	5	7
178	20.1	15.9	...	...	100	100	51	53	31	33	132	139	81	87
179	0.0	0.0	29.8	27.7	70.2	72.3	1 339	1 159	1 035	893	1 374	1 469	1 062	1 132
180	...	...	0.0	0.0	100	100	411	328	399	317	411	328	400	317
181	36.6	33.3	...	...	43.2	40.2	14	16	5	5	37	38	12	11
182	4.0	3.6	0.0	0.0	97.3	97.3	24	22	4	4	111	110	17	20
183	5.3	5.6	0.1	0.1	91.4	91.4	50	56	28	34	132	133	73	81
184	...	0.0	...	...	46.9	50.1	309	320	233	244	696	742	525	568
185	0.0	0.0	57.5	55.7	23.2	25.5	2 086	2 166	1 436	1 487	1 856	2 056	1 278	1 411
186	0.0	0.0	60.6	60.7	28.2	28.3	3 915	4 055	1 780	1 817	3 915	4 055	1 780	1 817
187	37.0	38.5	0.0	0.0	33.3	33.3	213	206	121	114	383	364	217	202
188	0.0	0.0	...	1.3	78.9	77.8	2 467	2 244	1 961	1 752	1 783	1 763	1 417	1 377
189	9.9	10.8	0.0	0.0	100	100	12	13	5	5	37	49	14	19
190	...	0.1	0.0	0.0	100	100	125	87	73	45	284	233	167	119
191	0.0	0.0	4.9	5.2	82.5	87.8	1 002	960	553	541	1 211	1 220	668	687

قائمة الدول الأعضاء مرتبة حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية ومراتب الوفيات

الاقليم الأفريقي

اثيوبيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جدا من وفيات البالغين

اريتريا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جدا من وفيات البالغين

أنغولا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

أوغندا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جدا من وفيات البالغين

بنين – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

بوتسوانا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

بوركينا فاصو – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

بوروندي – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

تشاد – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

توغو – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

الجزائر – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

جزر سيشيل – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

جزر القمر – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

جمهورية أفريقيا الوسطى – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

جمهورية تنزانيا المتحدة – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

جمهورية الكونغو الديمقراطية – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

جنوب أفريقيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جدا من وفيات البالغين

الرأس الأخضر – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

رواندا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جدا من وفيات البالغين

زامبيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

زمبابوي – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

ساو تومي وبرينسيبي – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

السنغال – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

سوازيلند – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

سيراليون – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

غابون – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

غامبيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

غانا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

غينيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

غينيا الاستوائية – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

غينيا – بيساو – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

الكاميرون – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

كوت ديفوار – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

الكونغو – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جدا من وفيات البالغين

كينيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

ليبيريا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

ليسوتو – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جدا من وفيات البالغين

مالاوي – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

مالي – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

مدغشقر – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

موريتانيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال ، نسبة عالية من وفيات البالغين

موريشيوس نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

موزامبيق – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جدا من وفيات البالغين

ناميبيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية جداً من وفيات البالغين

النيجر – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

نيجيريا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

اقليم الأمريكتين

أنتيغوا وبربودا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

الأرجنتين – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

اكوادور – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

أوروغواي نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

باراغواي – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

البرازيل – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

بربادوس – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

بليز – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

بنما – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

بوليفيا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

بيرو – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

ترينيداد وتوباغو – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

جامايكا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

جزر البهاما – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

الجمهورية الدومينيكية – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

جمهورية فنزويلا البوليفارية – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

دومينيكا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

سانت فنسنت وغرينادين – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

سانت كيتس ونيفيس – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

سانت لوسيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

السلفادور – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

سورينام – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

شيلي – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

غرينادا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

غواتيمالا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

غيانا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

كندا – نسبة منخفضة جدا من وفيات الأطفال، وفيات البالغين

كوبا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

كوستاريكا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

كولومبيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

المكسيك – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

نيكاراغوا – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

هايتي – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

هندوراس – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

الولايات المتحدة الأمريكية – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

اقليم شرق المتوسط

الأردن – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

أفغانستان – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

الامارات العربية المتحدة – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

باكستان – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

البحرين – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

تونس – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

الجماهيرية العربية الليبية – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

جمهورية ايران الاسلامية – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

الجمهورية العربية السورية – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

جيبوتي – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

السودان – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

الصومال – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

العراق – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

عمان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

قبرص – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

قطر – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

الكويت – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

لبنان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

مصر – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

المغرب – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

المملكة العربية السعودية – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

اليمن – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

الاقليم الأوروبي

الاتحاد الروسي – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

آذربيجان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

أرمينيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

أسبانيا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

استونيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

اسرائيل – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

ألبانيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

ألمانيا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

أندورا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

أوزبكستان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

أوكرانيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

أيرلندا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

أيسلندا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

ايطاليا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

البرتغال – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جدا من وفيات البالغين

بلجيكا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

بلغاريا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

البوسنة والهرسك – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

بولندا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

بيلاروس – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

تركمانستان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

تركيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

الجمهورية التشيكية – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

جمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين

جمهورية مولدوفا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
جورجيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
الدانمرك – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
رومانيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
سان سارينو – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
سلوفاكيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
سلوفينيا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
السويد – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
سويسرا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
طاجيكستان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
فرنسا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
فنلندا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
قيرغيزستان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
كازاخستان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
كرواتيا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
لاتفيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
لتوانيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
لكسمبرغ – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفصة جداً من وفيات البالغين
مالطة – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
المملكة المتحدة – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
موناكو – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
النرويج – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات
النمسا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
هنغاريا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
هولندا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
يوغوسلافيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
اليونان – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

اقليم جنوب شرق آسيا

اندونيسيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
بنغلاديش – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
بوتان – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
تايلند – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
سري لانكا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
ملديف – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
ميانمار – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
نيبال – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين
الهند – نسبة عالية من وفيات الأطفال، نسبة عالية من وفيات البالغين

اقليم غرب المحيط الهادئ

أستراليا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
بابوا غينيا الجديدة – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
بالاو – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
بروني دار السلام – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
توفالو – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
تونغا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
جزر سليمان – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
جزر كوك – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
جزر مارشال – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
جمهورية كوريا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال ، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
ساموا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
سنغافورة – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
الصين – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
فانواتو – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
الفلبين – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
فيجي – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
فييت نام – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
كمبوديا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
كيريباتي – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
ماليزيا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
منغوليا – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
ناورو – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
نيوزيلندا – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين
نيووي – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
ولايات ميكرونيزيا الموحدة – نسبة منخفضة من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة من وفيات البالغين
اليابان – نسبة منخفضة جداً من وفيات الأطفال، نسبة منخفضة جداً من وفيات البالغين

شكـر وتقـديـر

الفريق الاستشاري بالمقر الرئيسي
أنارفي أساموا- باه
بدرخان أوستون
روث بونيتا
لورنزو سافيولي
مارك شنيوفزكي
إيفا فالستام
جين فيرغيوسون
بيل كين

الفرق الاستشارية الاقليمية :

المكتب الإقليمي لأفريقيا
جو أساري (غانا)
أولابيزي أوديجيدي (نيجيريا)
ديفيد أوكيلو (المكتب الإقليمي لأفريقيا)
ميشيل أولاتوارا (نيجيريا)
مريمو باري (غينيا)
محمد بلحسين (المكتب الإقليمي لأفريقيا)
تكلا بوتاو (المكتب الإقليمي لأفريقيا)
فلورنس باينغانا (البنك الدولي)
بوكار توري (المكتب الإقليمي لأفريقيا)
محمد حسن (المكتب الإقليمي لأفريقيا)
ضياء حوسينو (موريتانيا)
جوزيف دولافوسي (كوت ديفوار)
فاطوماطا ديالو (المكتب الإقليمي لأفريقيا)
براين روبرتسون (جنوب أفريقيا)
فيديليس شيكارا (زمبابوي)
جينسوار غايا (موريشيوس)
إيريك غرونتسكي (توغو)
مومار غيبي (السنغال)
ملفين فريمان (جنوب أفريقيا)
بابا كوماري (مالي)
إيتزخاك لفاف (إسرائيل)
إليزابيث ماتار (الاتحاد العالمي للصحة النفسية)
كوستوديا ماندلهاتي (المكتب الإقليمي لأفريقيا)
مابونزا ــ ما ــ ميزي (جمهورية الكونغو)
باتريك مسوني (زامبيا)
آنا بولا موتيي (موزامبيق)
فيليسيان نتوني إنيمي (الكاميرون)
مرسى نغوينها (زمبابوي)

المكتب الإقليمي للأمريكتين
تشارلز تسيجر (جامايكا)
خوان راموس (الولايات المتحدة الأمريكية)
خورخي رودريغيث (غواتيمالا)
داريل ريجيه (الولايات المتحدة الأمريكية)
هاذر ستيوارت (كندا)
رونيه غونزاليس (كوستاريكا)
بنخامين فينثنت (شيلي)
خوسيه ميغيل كالداس دي ألميدا (المكتب الإقليمي للأمريكتين/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية)
ماتيلد مادالينو (المكتب الإقليمي للأمر
ماريا الينا مدينا- مورا (المكسيك)
وينيفرد ميتشل- فرابل (الولايات المتحدة الأمريكية)
كلاوديو ميراندا (المكتب الإقليمي للأمريكتين/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية)
غرايسون نوركويست (الولايات المتحدة الأمريكية)

المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
محمود أبو دنون (الأردن)
أحمد أبو العزايم (مصر)
عبد الله الأرياني (اليمن)
فؤاد أنطون (لبنان)
زهير الحلاج (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
داود شاه محمدي (جمهورية إيران الإسلامية)
عمر شاهين (مصر)
جيهان الطويل (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
يوسف عبد الغني (المملكة العربية السعودية)
أحمد عبد اللطيف (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
أحمد عكاشة (مصر)
مالك مبشر (باكستان)
أحمد محيط (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
عبد المسيح خلف (الجمهورية العربية السورية)
عبد الحي مشال (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
رامز المهايني (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)
إدريس موسوي (المغرب)
منيرة النابلي (تونس)
عياد نوري (العراق)

المكتب الإقليمي لأوروبا
فولفغانغ روتز (المكتب الإقليمي لأوروبا)
دانوتا فاسرمان (السويد)
فاليري كراسنوف (روسيا)
ماريا كوب (هنغاريا)
أولريك مالت (النرويج)
فريتز هن (ألمانيا)
كليمنز هوسمان (هولندا)

المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا
نظم الإحسان (بنغلاديش)
كابيل ديف أوباديايا (نيبال)
موهان إيساك (الهند)
تشنشو دورجي (بوتان)
ساوات رامابوت (المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا)
دباناث ساماراسنغ (سري لانكا)
ثان ساين (المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا)
أوماج سوتيسنابوترا (المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا)
سومخاي شاكراباند (تايلند)
فيجاي شاندرا (المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا)
كيم فارلي (ممثل المنظمة، الهند)
نيومان كومارا راي (المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا)
ساو ساي لون (ميانمار)
رشدي مسليم (إندونيسيا)
نالاكا منديس (سري لانكا)
إمام موخني (المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا)
دافيندر موهان (الهند)

المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ
لورد إغناثيو (الفلبين)
إيوكابيتا إنيوكا (ساموا)
بو - يونغ ري (جمهورية كوريا)
عبد العزيز عبدالله (ماليزيا)
غودن غاليا (المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ)

نغوبان فييت (فييت نام)
ليندا ميلان (المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ)
ماساتو ناكوشي (المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ)
ماساهيسا نيشيزونو (اليابان)
هيلين هرمان (أستراليا)
شن يوكون (الصين)

مساهمات أخرى من:
سارة ب. آساماغان (الولايات المتحدة الأمريكية)
كاترين أوكونيل (منظمة الصحة العالمية)
خوسيه أيوسو- ماتيوس (منظمة الصحة العالمية)
ليونيد بريليبكو (منظمة الصحة العالمية)
إنجي بيترسون (جنوب أفريقيا)
ميشيل تانسيلا (إيطاليا)
جودي تشمبر لين (الولايات المتحدة الأمريكية)
رانغا سوامي ثارا (الهند)
غراهام ثورنيكروفت (المملكة المتحدة)

راشيل جنكينز (المملكة المتحدة)
بهارغفي دافار (الهند)
فنسنت دوبوا (بلجيكا)
لاكشمي راتنايك (سري لانكا)
تيروباثي سرينيفاسا (الهند)
مورتسون سيلفرمان (الولايات المتحدة الأمريكية)
أفديش شارما (الهند)
زورا كازي غوتوفاك (كرواتيا)
حميد غودسي (النمسا)
غوبالاكريشنا غوروراج (الهند)
روزانا دي غوزمان (الفلبين)
ألكسندرا فلايشمان (منظمة الصحة العالمية)
آلان فليشر (جنوب أفريقيا)
فرانك فوتشي (الولايات المتحدة الأمريكية)
لاكشمي فيجاياكومار (الهند)
مينا كابرال دي ميللو (منظمة الصحة العالمية)
سيلفيا كايا (تنزانيا)
كارلوس كليمنت (كولومبيا)
جون كوبر (المملكة المتحدة)

روبرت كوهن (الولايات المتحدة الأمريكية)
ايتزخاك لفاف (إسرائيل)
ايان لوكجكارت (جنوب أفريقيا)
جانا لوجانوفا (سلوفاكيا)
كريك لوند (المملكة المتحدة)
مارغريت ليغوت (كندا)
جوليان ليف (المملكة المتحدة)
فليس ليه ماك (هونغ كونغ)
بات ماكغوري (أستراليا)
بروتيما مورثي (الهند)
برايان ميشارا (الدانمرك)
نالاف موليك (منظمة الصحة العالمية)
ماريا ايلينا مدينا مورا (المكسيك)
مارتن ناب (المملكة المتحدة)
هيلين نيغرن- كروغز (منظمة الصحة العالمية)
نيك هاذر (المملكة المتحدة)
هارفي ويتفورد (أستراليا)
إيريكا ويلر (منظمة الصحة العالمية)
سيك جون يونغ (جمهورية كوريا)

تشير التقديرات إلى أن عدد الناس الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو سلوكية أو من مشاكل نفسية اجتماعية مثل المشاكل المرتبطة بتعاطي الكحول أو المخدرات يبلغ اليوم 450 مليون نسمة في جميع أنحاء العالم، وكثير منهم يعاني في صمت وفي وحدة. وكثير منهم أيضاً لا يتلقي أبداً أي نوع من أنواع العلاج. ذلك أن هناك حواجز تحول بين المعاناة وبين إمكانات توفير الرعاية وتتمثل في الوصم والأفكار المسبقة والعار والتهميش.

إن منظمة الصحة العالمية، إذ تكرّس *التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2001* لموضوع الصحة النفسية، فإنها تطلق بياناً واضحاً مدوياً يؤكد على أن الصحة النفسية التي طالما لقيت الإهمال هي عنصر حاسم في عافية الأفراد والمجتمعات والبلدان بشكل عام ولا بد من النظر إليها نظرة جديدة.

وهذا التقرير من المعالم التي ترمي إلى إذكاء وعي الأخصائيين والجمهور بالعبء الحقيقي الذي تشكله الاضطرابات النفسية والسلوكية والتكلفة المتكبدة من جرائها بشرياً واجتماعياً واقتصادياً، وهو يرمي، في الوقت ذاته، إلى إزالة كثير من الحواجز التي تحول دون حصول الملايين من البشر الذين يعانون على العلاج الذي يحتاجون إليه ويستحقونه.

وهو يصدر في مرحلة حاسمة بالنسبة إلى الصحة النفسية في العالم. ذلك أن حوالي ربع البشرية سيصابون في مرحلة ما من مراحل حياتهم باضطراب نفسي ما. ويعد الاكتئاب السبب الرئيسي الكامن وراء الإصابة بالعجز ويأتي ترتيبه الرابع بين الأسباب الرئيسية لعبء المرض في العالم، وإذا صحت التوقعات فإنه سيحتل، في غضون السنوات العشرين القادمة، المرتبة الثانية من بين تلك الأسباب. وهناك، في جميع أنحاء العالم، سبعون مليون نسمة من الذين يعانون من إدمان الكحول وحوالي خمسون مليوناً من الذين يعانون من الصرع و 24 مليوناً آخرون يعانون من الفصام. ويتراوح عدد الناس الذين يحاولون الانتحار بين عشرة وعشرين مليون شخص كل عام. ويقدم مليون نسمة من بين هؤلاء، وكثير منهم من صغار الشبان، على الانتحار بالفعل.

ومن حسن الطالع أن التقرير الخاص بالصحة في العالم 2001 يعطي فهما جديداً ويبعث آمالاً جديدة في المرضى النفسيين. وهذا التقرير يأتي ثمرة للكم الهائل من المعارف التي تم جمعها، وخاصة في السنوات الخمسين الماضية، عن الدماغ البشري والأسباب الكامنة وراء الأمراض النفسية. وهذا التقرير يتناول فهم كيفية تضافر العوامل الوراثية والبيولوجية والبيئية لإحداث الاضطرابات النفسية والعصبية فضلاً عن الأمراض البدنية.

كما يتناول التقرير العلاقة الوثيقة التي لا تنفصم عراها بين الصحة النفسية والصحة البدنية ومدى تعقد وعمق أثر إحداها على الأخرى. ويتبين أيضاً أن الأمراض النفسية تحدث في جميع البلدان وكل المجتمعات وأن بالإمكان، في أغلب الأحايين، علاجها بنجاعة. وأخيراً وليس آخراً فإن التقرير يوضح كيف أن فهم هذه الظاهرة بشكل إنساني يمكن أن يغير تغييراً هائلاً أحوال المرضى النفسيين.

والتقرير عبارة عن استعراض شامل لما نعرفه عن العبء الحالي والمستقبلي الناجم عن كل هذه الاضطرابات والعوامل الرئيسية التي تسهم في حدوثها. وهو يدرس فعالية الوقاية وتوافر العلاج والعقبات التي تحول دون الحصول عليه. وهو يتناول بالتفصيل مسألة توفير الخدمات وتخطيطها. وأخيراً فإنه يعطي الخطوط العريضة للسياسات التي تمس إليها الحاجة لضمان القضاء على الوصم والتمييز وإرساء قواعد الوقاية والعلاج وتمويلها تمويلاً كافياً.

وهذا التقرير عبارة عن رسالة موجهة أساساً إلى الجهات التي تملك النفوذ أو الوسائل الكفيلة بتحقيق هذه الأمور. ويخص بالذكر منها الحكومات التي يجب عليها أن تعترف بمسؤوليتها عن الصحة النفسية لمواطنيها كما هي مسؤولة عن صحتهم البدنية. والرسالة ليست موجهة إلى وزراء الصحة فحسب، إذ أن سائر الدوائر، كدوائر التعليم والعمالة والتشريع، تتحمل هي الأخرى مسؤوليات جسيمة فيما يتعلق بتعزيز العافية النفسية. وهو رسالة تتعدى الحكومات لتوجّه إلى جميع أولئك الذين يستطيعون ممارسة تأثير إيجابي في هذا الصدد سواء كانوا في القطاع العام أو الخاص. وأخيراً هو عبارة عن رسالة موجهة إلى جميع أولئك الذين يعانون من اضطراب نفسي أو بدني وإلى أسرهم. وفحوى هذه الرسالة ما لخصة عنوان هذا التقرير أي أنه بفهمنا للأمراض النفسية هناك آمال حقيقية جديدة تبعث في النفوس.

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمى لشرق المتوسط

السعر : 15 فرنكاً سويسرياً
السعر فى البلدان النامية:
10.50 فرنكات سويسرية
ISBN 92 4 156201 3